

Opzegformulier

Met dit formulier kunt u, of (een van) uw gezinsleden, uw huidige zorgverzekering opzeggen. Het enige dat u hoeft te doen is dit formulier in te vullen en ondertekend retour te sturen in combinatie met uw aanvraagformulier. Dan zeggen wij uw huidige zorgverzekering(en) op.

1. Met ingang van _____ (datum) zeggen onderstaande verzekerde(n) de volgende verzekeringen op bij:

Naam huidige verzekeraar : _____

Relatienummer(s) hoofdverzekerde : _____

Ik zeg mijn huidige ziektekostenverzekering op voor het hele gezin:

Ik zeg mijn huidige ziektekostenverzekering op voor onderstaande leden van het gezin:

Naam verzekerde(n)	Voorletters	Geboortedatum	Relatienummer	Soort verzekering*		
				Basis	Aanvullend	Tand
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* U dient hier aan te geven welke verzekering(en) u opzegt.

2. Ondertekening

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Datum: _____ Handtekening verzekeringnemer: _____