

Opzegformulier zorgverzekering

Om je huidige zorgverzekering of die van je gezinsleden op te zeggen vul je onderstaande gegevens in en stuur je dit formulier, samen met je aanvraagformulier, naar ons retour. Na ontvangst van het formulier zeggen wij je 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"/>

* Hier geef je aan welke verzekering(en) je opzegt.

Ondertekening

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Datum: _____ Handtekening verzekeringnemer: _____