

OPZEGKAART

Hierbij zeg ik de zorgverzekering(en) en aanvullende verzekering(en) / tandartsverzekering(en) van onderstaande verzekerde(n) op bij uw maatschappij met ingang van

Polisnummer :

Voorletters en achternaam :

Straat en huisnummer :

Postcode en woonplaats :

Overdag bereikbaar op :

Reden opzegging :

Polisnummer

Voorletters en naam

Geboortedatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mocht deze datum niet haalbaar zijn dan geldt de eerstvolgende afloopdatum of de datum waarop de premie of voorwaarden wijzigen. Ik verzoek u mij schriftelijk te bevestigen op welke datum de verzekering komt te vervallen.

Handtekening:

Datum:

Vergeet niet de op de achterkant de gegevens van uw huidige verzekeraar in te vullen.

AANTEKENEN

Aan (vul hieronder de naam en het adres van uw huidige zorgverzekeraar in)

.....

.....

.....