



# Wijzigingsformulier verzekerd bedrag Arbeidsongeschiktheidsverzekering

eenvoudig transparant

Met dit formulier verlaagt u het verzekerde bedrag bij arbeidsongeschiktheid. Voor het verhogen van het verzekerde bedrag kunt u bij uw adviseur terecht.

**Let op:** Deze wijziging heeft gevolgen voor uw verzekering. Vraag uw financieel adviseur om advies voordat u de wijziging indient. U blijft zelf verantwoordelijk voor de door u gemaakte keuze(s). TAF adviseert u daarbij niet.

## Polisgegevens

Polisnummer van de verzekering die ik wil wijzigen: \_\_\_\_\_

## Gegevens verzekeringnemer 1

Voorletter(s): \_\_\_\_\_ Tussenvoegsel: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht:  Man  Vrouw

## Gegevens verzekeringnemer 2 (alleen invullen indien van toepassing)

Voorletter(s): \_\_\_\_\_ Tussenvoegsel: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht:  Man  Vrouw

## Gegevens verzekering

Gewenst verzekerd bedrag: € \_\_\_\_\_ Per:  Maand  Jaar

## Ondertekening

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening verzekeringnemer 1: \_\_\_\_\_ Handtekening verzekeringnemer 2: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-mail dit ondertekende formulier naar [info@taf.nl](mailto:info@taf.nl). Zodra de wijziging verwerkt is, ontvangt u een nieuw polisblad.