

Wijzigingsformulier verzekerde/verzekeringnemer TAF verzekeringen



eenvoudig transparant

Met dit formulier verwijdt u een verzekerde van uw polis. Er is dan geen uitkering meer als deze persoon overlijdt.

Wat hebben we nodig?

- Is de verzekering verpand? Dan moet de geldverstrekker akkoord gaan met het verwijderen van een verzekerde of een verzekeringnemer. Neem daarom eerst contact op met uw geldverstrekker en voeg het bewijs van toestemming bij.
- Dit formulier ondertekend door de verzekeringnemer(s).

Om uw verzoek tot wijziging zorgvuldig te verwerken, ontvangen wij graag een kopie legitimatiebewijs van de verzekeringnemer(s) die hiermee te maken hebben. Dit hebben wij nodig om de handtekeningen van de verzekeringnemers te kunnen verifiëren.

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:

Ja, ik wil een verzekeringnemer verwijderen (vul dan onderstaand blok in)

GEGEVENS VAN DE TE VERWIJDEREN VERZEKERINGNEMER

Gegevens verzekeringnemer

Voorletter(s): Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

Geboortedatum: - - Geslacht: Man Vrouw

BSN/Sofinummer: E-mailadres:

Ja, ik wil een verzekerde verwijderen (vul dan onderstaand blok in)

GEGEVENS VAN DE TE VERWIJDEREN VERZEKERDE

Gegevens verzekerde

Voorletter(s): Tussenvoegsel:

Achternaam:

Geboortedatum: - - Geslacht: Man Vrouw

BSN/Sofinummer: E-mailadres:

Ondertekening

Plaats: Datum: - -

Handtekening verzekeringnemer 1: Handtekening verzekeringnemer 2:

Wijzigingsformulier verzekerde/verzekeringnemer TAF verzekeringen



eenvoudig transparant

GEGEVENS NIEUWE VERZEKERINGNEMER/VERZEKERDE (dit enkel invullen wanneer dit is gewijzigd)

Adres:

Postcode/Woonplaats:

E-mailadres:

IBAN rekeningnummer:

Stuur dit formulier per post naar onderstaand adres of ingescand per e-mail naar info@taf.nl.

Wij nemen uw verzoek binnen 5 werkdagen na ontvangst in behandeling. U ontvangt een nieuw polisblad van de wijziging.

Adresgegevens

TAF

Postbus 4562

5601 EN Eindhoven

Tel: 040-7073890

E-mail: info@taf.nl