

# Wijzigingsformulier verzekeringnemer/premiebetaler

## TAF verzekeringen



eenvoudig transparant

Met dit formulier wijzigt u de verzekeringnemer en/of premiebeter. Hiermee draagt u alle rechten en plichten over aan de nieuwe verzekeringnemer.

### Wat hebben we nodig?

- Is de verzekering verpand? Dan moet de geldverstrekker akkoord gaan met het wijzigen van een verzekeringnemer en/of premiebeter. Neem daarom eerst contact op met uw geldverstrekker en voeg het bewijs van toestemming toe.
- Dit formulier ondertekend door de huidige en de nieuwe verzekeringsnemer(s)/premiebetaler.
- We ontvangen ook graag een bewerkte kopie van het legitimatiebewijs van de verzekeringnemer(s) die hiermee te maken hebben. Dit hebben wij nodig om de handtekeningen van de verzekeringnemer(s) te verifiëren. Een bewerkte kopie wil zeggen een exemplaar waar de pasfoto en het BSN is afgeschermd en waar een watermerk is aangebracht. U kunt dit zelf regelen via de app 'kopie ID' van de Rijksoverheid.

**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:	<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"/>	<input type="text"/>
Ik wil wijzigen:	<input type="checkbox"/>	Verzekeringnemer	<input type="checkbox"/>	Premiebeter	<input type="checkbox"/>	Beiden										

## NIEUWE SITUATIE

### Gegevens verzekeringnemer 1

Voorletter(s):	<input type="text"/>	Tussenvoegsel:	<input type="text"/>
Achternaam:	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/>		
Postcode/Woonplaats:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>	E-mailadres:	<input type="text"/>
BSN/Sofinummer:	<input type="text"/>	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IBAN rekeningnummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Naam rekeninghouder:	<input type="text"/>	te	<input type="text"/>

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

Voorletter(s):	<input type="text"/>	Tussenvoegsel:	<input type="text"/>
Achternaam:	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/>		
Postcode/Woonplaats:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>	E-mailadres:	<input type="text"/>
BSN/Sofinummer:	<input type="text"/>	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

