



Heeft u elders een verzekering afgesloten en u wenst nu over te stappen naar AFDO-NCI. Maak dan gebruik van de speciale opzegservice. Indien u naast het aanvraagformulier, onderstaand formulier invult en ondertekent zorgen wij ervoor dat uw verzekering elders tijdig wordt opgezegd en naadloos aansluit bij de nieuwe polis.

Wij maken u erop attent dat de elders lopende polis veelal 1 à 2 maanden voor de contractsvervaldatum dient te worden opgezegd. Wij dienen dus tijdig in het bezit van alle documenten te worden gesteld.

OPZEGFORMULIER VERZEKERINGEN

Persoonlijke gegevens:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en Woonplaats: _____

Gegevens huidige verzekeringsmaatschappij:

Naam huidige maatschappij: _____

Adres: _____

Postcode en Vestigingsplaats: _____

Polisnummer: _____

Hierbij machtig ik AFDO-NCI bovenstaande verzekering op te zeggen per de eerstkomende contractsvervaldatum: ____/____/____

Gegevens huidige verzekeringsmaatschappij:

Naam huidige maatschappij: _____

Adres: _____

Postcode en Vestigingsplaats: _____

Polisnummer: _____

Hierbij machtig ik AFDO-NCI bovenstaande verzekering op te zeggen per de eerstkomende contractsvervaldatum: ____/____/____

Gegevens huidige verzekeringsmaatschappij:

Naam huidige maatschappij: _____

Adres: _____

Postcode en Vestigingsplaats: _____

Polisnummer: _____

Hierbij machtig ik AFDO-NCI bovenstaande verzekering op te zeggen per de eerstkomende contractsvervaldatum: ____/____/____

Mocht bovenvermelde datum niet juist zijn, dan geldt deze opzegging per de eerstvolgende contractsvervaldatum of de datum waarop de premie en voorwaarden wijzigen. Graag bevestigen aan AFDO-NCI op welke datum de verzekering wordt beëindigd.

Plaats : _____ Handtekening: _____

Datum: _____

