

OPZEGFORMULIER SCHADEVERZEKERING

Geachte mevrouw of mijnheer,

Hierbij deel ik u mede dat ik de bij u lopende verzekering per onderstaande (verval)datum wil beëindigen. Mocht ik mij in de datum vergissen, dan verzoek ik u de juiste datum mee te delen aan mij en mijn huidige adviseur Combi Motors Verzekeringen BV.

Zonder tegenbericht neem ik echter aan dat de bedoelde verzekering op genoemd tijdstip zal aflopen.

Gegevens verzekerde

Naam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Gegevens huidige verzekeringsmaatschappij

Naam maatschappij:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Soort verzekering:

Polisnummer:

Eerstvolgende (verval)dag:

Handtekening: Datum:

COMBIMOTORS
VERZEKERINGEN BV

Bezoekadres:
Henry Dunantweg 30
2402 NR Alphen aan den Rijn
Correspondentieadres:
Postbus122
2400 AC Alphen aan den Rijn

Tel. 0172 427035
Fax 0172 424195
K.v.K. 24236712

info@combimotors.nl
www.combimotors.nl