



Aevitae

Postbus 2705, 6401 DE Heerlen

Polisbeheerzorg@aevitae.com

Opzegformulier zorgverzekering

Om uw huidige zorgverzekering of die van uw gezinsleden bij Aevitae op te zeggen, vult u onderstaande gegevens in en stuurt u dit formulier naar Aevitae, Postbus 2705, 6401 DE HEERLEN. Na ontvangst van het formulier beëindigen wij uw huidige zorgverzekering(en) bij Aevitae en ontvangt u een bevestiging hiervan.

Met ingang van ____-____-____ (datum) zeggen onderstaande verzekerde(n) de zorgverzekering op bij Aevitae.

Naam hoofdverzekerde: _____

Polisnummer en/of overeenkomstnummer: _____

Ik zeg mijn huidige zorgverzekering op voor het hele gezin.

Ik zeg mijn huidige zorgverzekering op voor onderstaande leden van het gezin:

Naam verzekerde(n)	Voorletters	Geboortedatum
1. _____	_____	____-____-____
2. _____	_____	____-____-____
3. _____	_____	____-____-____
4. _____	_____	____-____-____
5. _____	_____	____-____-____
6. _____	_____	____-____-____

Reden van opzeggen

Waarom wilt u uw zorgverzekering opzeggen?

Ik heb een nieuwe werkgever.

Ik word 18 jaar en wil een eigen zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar.

Ik ga in militaire dienst.

Ik verhuis naar het buitenland.

Ontvangt u na de datum van vertrek nog inkomsten uit Nederland? ja nee

Zo ja, gelieve een kopie van loonstrook of uitkeringsspecificatie van dit inkomen mee te sturen.

Ik kies per 1 januari voor een andere zorgverzekeraar, omdat: _____

Ik heb een andere reden, namelijk: _____

Ondertekening

Naam: _____

Adres: _____

Postcode & woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Datum: ____-____-____ Handtekening _____