



# VERZOEK TOT SPLITSING

## VAN UW ARBEIDSONGESCHIKTHEIDS-/ WERKLOOSHEIDSVERZEKERING

### BELANGRIJKE INFORMATIE VOORAF

Het is belangrijk dat u dit formulier goed doorleest, volledig invult en allebei ondertekent. Zo voorkomt u vertraging en kunnen we uw verzoek meteen behandelen. Hebt u alles ingevuld en het formulier allebei ondertekend? Stuur het dan naar:

**BNP Paribas Cardif**  
t.a.v. Polisadministratie  
Postbus 4006  
4900 CA Oosterhout

### PERSOONSGEGEVENS

#### Verzekeringnemer (verzekerde)

Polisnummer

Voorletter(s) en naam

man vrouw

Adres

Postcode, woonplaats

Geboortedatum - -

Telefoonnummer

Rekeningnummer

E-mailadres

#### (Mede) verzekeringnemer (indien van toepassing)

Voorletter(s) en naam

man vrouw

Adres

Postcode, woonplaats

Geboortedatum - -

Telefoonnummer

Rekeningnummer

E-mailadres



**Datum waarop u wilt dat de wijziging ingaat**      -      -      (datum moet in de toekomst liggen)

**Bij maandpremie**

Verzekeringnemer (verzekerde) en (mede)verzekerde machtigen hierbij de verzekeraar de premie af te schrijven van bovengenoemde rekeningnummers voor ieder zijn/haar deel van de oorspronkelijke premie. De premie wordt maandelijks op of rond de eerste dag van de maand afgeschreven. Wilt u de machtiging intrekken? Dan moet de verzekeringnemer hierover een brief sturen naar de verzekeraar.

**Ondertekening**

Plaats

Datum                                      -      -

**Handtekening verzekeringnemer (verzekerde)**

**Handtekening (mede) verzekeringnemer (indien van toepassing)**