

# Verzoek tot overdracht van het intermediair

Bestemd voor:

(naam verzekeraar) \_\_\_\_\_

(adres) \_\_\_\_\_

(postcode/plaats) \_\_\_\_\_

Ondergetekende, verzekeringnemer,

(naam) \_\_\_\_\_

(geboortedatum) \_\_\_\_\_

(adres) \_\_\_\_\_

(postcode/plaats) \_\_\_\_\_

verzoekt de bovenvermelde verzekeraar het intermediair van de hierna te noemen verzekering(en) per direct over te voeren naar het intermediair van:

## Van Kampen Assurantiemakelaars BV

Postbus 1015, 1620 KA Hoorn

Tel. 0229 - 287 888

welk bureau de administratie verzorgt ten behoeve van haar (sub)agent:

(naam agent) \_\_\_\_\_

(adres) \_\_\_\_\_

(postcode/plaats) \_\_\_\_\_

Dit verzoek heeft betrekking op de navolgende verzekering(en):

*polisnummer:*

*soort verzekering:*

*kenteken:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U gelieve het volgende te wijzigen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ondergetekende machtigt tot wederopzegging Van Kampen Assurantiemakelaars BV de verschuldigde premie te incasseren van de (post)bankrekening met (IBAN)nummer: \_\_\_\_\_

Aldus gedaan op (datum) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(handtekening van de verzekeringnemer)

### Toelichting.

Dit formulier dient, na volledige invulling en ondertekening, te worden gezonden aan Van Kampen Assurantiemakelaars B.V. ter verwerking en verzending aan de betreffende verzekeraar. Het rechtstreeks toezenden van dit formulier aan de verzekeraar heeft vertraging tot gevolg bij de afhandeling van het verzoek. Door inzending van dit formulier aan Van Kampen Assurantiemakelaars B.V. verklaart de nieuwe intermediair zich akkoord met toepassing van de bepalingen van de samenwerkingsovereenkomst op de betreffende verzekering(en).