Formulier akkoord collectieve overvoer

Middels dit formulier geeft u aan dat u akkoord gaat met de overvoer van de betreffende collectiviteit. Vriendelijk verzoeken wij u dit formulier volledig in te vullen, te ondertekenen en naar ons te retourneren via zorg@upiva.nl. UPIVA B.V. zal dit formulier vervolgens versturen naar de zorgverzekeraar(s).

Naam zorgverzekeraar: ……

Naam adviseur: ……

Naam werkgever: ……

Naam collectiviteit: ……

Collectiviteitsnummer: ……

Hierbij verzoeken wij (bovengenoemde adviseur en/of werkgever) het collectief met lopende verzekeringen over te voeren naar het agentschap van UPIVA B.V.

UPIVA B.V. is daarbij gemachtigd om alle informatie van de lopende verzekeringen te ontvangen en te beheren.

Naam: ……..

Functie: ……..

Datum: ……..

Handtekening: ……..

Plaatsnaam: ……..

Mochten er vragen zijn, kunt u altijd contact met ons opnemen via zorg@upiva.nl of door te bellen naar 088-0008320.