Formulier akkoord overvoer agentschap

Middels dit formulier geeft u aan dat u akkoord gaat met de overvoer van de betreffende portefeuille. 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 uw huidige zorgverzekeraar(s).

Naam zorgverzekeraar: …….

Naam adviseur: …….

Agentschapsnummer: …….

Hierbij verzoeken wij (bovengenoemde adviseur en/of werkgever) de portefeuille 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.