

Wijziging verzekeringnemer

polisnummer UZP(+)

verzekeringnemer

voornaam

naam

geboortedatum - -

nieuwe verzekeringnemer

voornaam

naam

geboortedatum - -

adres

postcode en gemeente

e-mail

telefoonnummer

GSM

rekeningnummer verzekeringnemer IBAN - - BIC

betalperiode maandelijks (domiciliëring verplicht)*

per kwartaal

halfjaarlijks

jaarlijks

* indien maandelijks, gelieve ook de Europese domiciliëringsopdracht in te vullen

Ik verklaar me hierbij akkoord om bepaalde wettelijke, precontractuele en contractuele informatie, indien het kan, niet op papier, maar elektronisch te ontvangen of op de website www.dela.be te consulteren.

Ja, DELA Verzekeringen mag de hierboven ingevulde persoonsgegevens delen binnen de DELA Groep om mij op de hoogte te houden van hun producten en diensten. Meer informatie omtrent de verwerking van persoonsgegevens door DELA Groep en hoe u de toestemming kan intrekken, vindt u in onze [Privacyverklaring](#).

datum

..... - -

voornaam, naam en handtekening **verzekeringnemer**,
voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd"

voornaam, naam en handtekening **nieuwe verzekeringnemer**,
voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd"