



INTERMEDIAIRSWIJZIGING

Ondergetekende,

Naam : _____

Adres : _____

Postcode/Woonplaats : _____

Soort verzekering : **polisnummer** : **Maatschappij**
Arbeidsongeschiktheidsverzekering : _____ : _____

Wenst dat **VerVier** vanaf heden zal optreden als zijn directe contactpersoon.

Doorlopende fee arbeidsongeschiktheidsverzekering per kalenderjaar

- | | | |
|--------------------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> | € 95,00 alleen administratie i.p.v. € 195,00 | Paraaf : _____ |
| <input type="checkbox"/> | € 195,00 serviceabonnement i.p.v. € 395,00 | : _____ |

In het serviceabonnement zit naast administratie en beheer ook contact AOV specialist en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid.

Plaats : _____

Datum : _____

Handtekening : _____

Om van deze kortingen gebruik te maken bent u lid van 'Het Ondernemerscollectief' c.q. wordt u dat automatisch ad. € 29,95 excl. BTW per jaar.

**Na invullen en ondertekenen kunt u het formulier retourneren naar:
verzekeringen@vervier.nl**