

S.v.p. retourneren aan:

Verbond van Verzekeraars
Sector Levensverzekering
Postbus 93450
2509 AL DEN HAAG

Tel. 070 - 3338627
Fax 070 - 3338630

AANVRAAGFORMULIER OPSPORING LEVENSVZERKERINGSPOLISSEN

Naam aanvrager: M/V

Relatie tot overledene: erfgenaam/echtgeno(o)t(e)/partner *

Adres

Postcode en
woonplaats

Telefoonnummer

Datum

Naam verzekerde M/V

Voornamen (voluit)

Geboortedatum

Geboorteplaats

Datum van overlijden

Plaats van overlijden

Burgerservicenummer verzekerde

* doorhalen wat niet van toepassing is

Als bijlagen meezenden

- kopie akte van overlijden
- kopie verklaring van erfrecht (voor erfgenamen)
- kopie uittreksel Gemeentelijke Basisadministratie (voor partner)