

AFSTANDSVERKLARING

ALS U AFZIET VAN DEELNAME AAN DE COLLECTIEVE ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING VAN UW WERKGEVER

Lever dit formulier volledig ingevuld en ondertekend in bij uw werkgever.

Met dit formulier geeft u aan dat u niet aan de regeling van uw werkgever wilt meedoen. Er wordt dan ook geen premie ingehouden op uw salaris.

Nee, ik doe niet mee*

*U verklaart hiermee dat u:

- kennis hebt genomen van het besluit van uw werkgever om alle werknemers collectief te verzekeren tegen inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid.
- uitdrukkelijk afstand doet van deelname aan de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering die de werkgever bij Loyalis heeft gesloten (latere deelname aan de collectieve verzekering zonder medische keuring is niet meer mogelijk).
- u ervan bewust bent dat uw werkgever deze afstandsverklaring vastlegt in uw personeelsdossier en dit aan Loyalis doorgeeft.
- u ervan bewust bent dat u door deze afstandsverklaring geen enkele aanspraak op de verzekering kunt maken bij arbeidsongeschiktheid.

Ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier geeft u aan dat u afziet van de deelname aan de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering die uw werkgever bij Loyalis heeft gesloten.

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Plaats:

Handtekening: