

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 uiteraard ook geen premie ingehouden op uw brutosalaris.

Nee, ik doe niet mee*, omdat:

.....
.....

*U verklaart hiermee dat u:

- kennis hebt genomen van het besluit van uw werkgever om alle werknemers collectief te verzekeren bij Loyalis tegen inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid.
- uitdrukkelijk afstand doet van deelname aan de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering die uw werkgever bij Loyalis heeft afgesloten (latere deelname aan de collectieve verzekering is mogelijk, maar niet zonder medische vragen).
- zich ervan bewust bent dat uw werkgever wellicht deze afstandsverklaring vastlegt in uw personeelsdossier en dit aan Loyalis doorgeeft.
- zich 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 deelname aan de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering van uw werkgever.

Naam:

Geboortedatum:

Personeelsnummer:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Ingevuld en ondertekend inleveren bij de afdeling personeelszaken van uw werkgever.