

AFSTANDSVERKLARING

ALS JE AFZIET VAN DEELNAME AAN DE COLLECTIEVE ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING VAN JE WERKGEVER

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

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

○ **Nee, ik doe niet mee*, omdat:**

.....
.....

*Je verklaart hiermee dat je:

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

Ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier geef je aan dat je afziet van deelname aan de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering die je werkgever heeft afgesloten bij Loyalis.

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Plaats:

Handtekening: