


**Aan-/afmeldingsformulier Arbeidsongeschiktheidspensioen/
WAO-Plus Polis Collectief**

uitgave augustus 2003

Overeenkomstnummer

Verzekeringnemer

Naam verzekerde

 man vrouw

Personeelsnummer

Geboortedatum

 dag maand jaar

Datum indiensttreding (d-m-j)

Beroep/aard werkzaamheden

Reden van medeverzekering

 nieuwe werknemer per (d-m-j)
 gesalarieerd boven de max.
uitkeringsgrens v.d. WAO per (d-m-j)
 anders
Per (d-m-j)

Jaarsalaris

€ (conform het overeengekomen salarisbegrip)Is kandidaat-verzekerde thans volledig
arbeidsgeschikt?
 nee ja
Ingedeeld in een AO-klasse krachtens de
WAO?
 nee ja

Ingangsdatum arbeidsongeschiktheid (d-m-j)

Percentage arbeidsongeschiktheid

 %

Indien van toepassing, dient de meest recente beschikking van de WAO te worden bijgevoegd.

Ondergetekende verklaart bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld en dat zij/hij er zich van bewust is dat een later blijkende onjuistheid of onvolledigheid in deze verklaring kan leiden tot verval van de rechten uit deze verzekeringsovereenkomst.

Naam

Plaats

Datum

Handtekening

Afmelding

Afvoeren per (d-m-j)

Deelnemernummer

Reden afmelding

Naam

Geboortedatum

 dag maand jaar

Uitsluitend *volledig* ingevulde formulieren komen voor de acceptatie-procedure in aanmerking. Dit aan-/afmeldingsformulier dient **uiterlijk binnen 45 dagen na toetreding tot de kring der verzekerden in het bezit te zijn van de maatschappij**. Indien hier niet aan wordt voldaan is de maatschappij niet gehouden tot acceptatie over te gaan. Opgelopen vertraging door niet volledig ingevulde formulieren is voor rekening en risico van de verzekerde c.q. verzekeringnemer.