

# Opdrachtformulier Re-integratieDesk 2017

## 1a. Uw contract

Ik wil in combinatie met mijn ziekgeldverzekering een overeenkomst aangaan met ArboNed BV voor de aanpak van verzuim en kies voor de Re-integratieDesk met het volgende abonnement:

- Comfort: ik kies voor financiële zekerheid en betaal een vast bedrag van € 104 per werknemer per jaar
- Activiteiten: ik betaal per afgenomen dienst en start met een laag instaptarief van € 36,50 per werknemer per jaar
- Activiteiten (basis): ik betaal per afgenomen dienst en start met een laag instaptarief van € 28 per werknemer per jaar

## 1b. Aanvullende modules (zie leaflets voor meer informatie)

- Module eigenrisicodragers WGA
- Module eigenrisicodragers ZW

## 2. Uw contractgegevens

Gewenste ingangsdatum contract: \_\_\_\_\_

Aantal werknemers per ingangsdatum: \_\_\_\_\_

Aantal uitgevallen werknemers per ingangsdatum contract: \_\_\_\_\_

## 3. Uw organisatie

Naam organisatie: \_\_\_\_\_

Vestigingsadres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Postadres (indien afwijkend): \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## 4. Contactpersonen

### 4a. Contactpersoon verzuimbegeleiding

Naam:  de heer  mevrouw \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 4b. Contactpersoon facturatie (indien afwijkend van bovenstaande)

Naam:  de heer  mevrouw \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 4c. Contactpersoon personeelsvertegenwoordiging of OR

Naam:  de heer  mevrouw \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## 5. Overige gegevens

Bedrijfsactiviteit: \_\_\_\_\_

Brancheorganisatie: \_\_\_\_\_

Lidnummer brancheorganisatie: \_\_\_\_\_

Kamer van Koophandel nummer: \_\_\_\_\_

Loonheffingnummer: \_\_\_\_\_

Eigenrisicodragers WGA:  Ja  Nee

Indien Ja:

Naam verzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_

Eigenrisicodragers Ziekwet:  Ja  Nee

Indien Ja:

Naam verzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_

## 6. Gegevens over uw verzekeraar(s)

Door ondertekening machtigt u ArboNed voor het automatisch uitwisselen van gegevens met uw (gevolmachtigd) verzekeraar, met inachtneming van de Wet bescherming persoonsgegevens.

### 6a. Verzuimverzekeraar

Uw tussenpersoon: \_\_\_\_\_

Naam (gevolmachtigd) verzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnummer verzuimverzekering: \_\_\_\_\_

### 6b. Verzekeraar collectieve ziektekosten

Naam verzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnummer collectieve ziektekostenverzekering: \_\_\_\_\_

- Mijn organisatie heeft geen collectieve ziektekostenverzekering

Vervolg →

# Opdrachtformulier Re-integratieDesk 2017

## 7. Betaling

Betaling van het abonnement per jaar vooraf en per automatische incasso is verplicht. Door de doorlopende machtiging op de volgende pagina in te vullen en te ondertekenen, machtigt u ArboNed tot automatische incasso van de verschuldigde bedragen uit hoofde van deze opdracht.

## 8. Op de hoogte blijven

ArboNed houdt u graag op de hoogte van de laatste ontwikkelingen. U kunt hieronder aankruisen of u ons laatste nieuws via e-mail wilt ontvangen, en op welk e-mailadres.

Ja, ik abonneer mij op de digitale nieuwsbrief van ArboNed

E-mail: \_\_\_\_\_

## 9. Ondertekening

Mijn personeelsvertegenwoordiging of OR gaat akkoord met de via dit opdrachtformulier aangevraagde dienstverlening van ArboNed.

**Vergeet niet bij dit opdrachtformulier een kopie van uw inschrijving bij de Kamer van Koophandel te voegen.**

Ondergetekende verklaart dat de gegevens volledig en juist zijn ingevuld. De overeenkomst komt tot stand als ArboNed deze opdracht schriftelijk aanvaardt. Uitsluitend de Algemene voorwaarden ArboNed BV zijn van toepassing (30 12 09 94 Kamer van Koophandel te Utrecht), alsmede de aanvullende voorwaarden behorende bij dit opdrachtformulier. U vindt beide voorwaarden hierbij en ook op [www.arboned.nl/algemene-voorwaarden](http://www.arboned.nl/algemene-voorwaarden).

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

# Doorlopende machtiging (SEPA)

## **ArboNed**

Naam:	ArboNed BV
Adres:	Zwarte Woud 10
Postcode:	3524 SJ
Woonplaats:	Utrecht
Land:	Nederland
Incassant ID:	NL36ZZZ301209940000
Kenmerk machtiging:	U wordt hier nader over geïnformeerd*
Reden betaling:	Uw overeenkomst met ArboNed BV

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan ArboNed BV om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van ArboNed BV.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na de afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Bank Identificatie (BIC)\*\*: \_\_\_\_\_

Plaats en datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

\* ArboNed informeert haar klanten ingeval van een automatische incasso minimaal 7 dagen van tevoren over een aankomende incasso

\*\* Geen verplicht veld bij Nederlands IBAN