

Afstandsovereenkomst Inkomensaanvulverzekering

Waarom dit formulier?

Uw werkgever heeft voor zijn medewerkers een Inkomensaanvulverzekering afgesloten bij De Amersfoortse. U heeft van uw werkgever het aanbod gekregen deel te nemen aan deze regeling. Met dit formulier geeft u aan dat u niet wilt deelnemen aan de Inkomensaanvulverzekering. U ziet daarmee af van eventuele uitkeringsaanspraken op De Amersfoortse en op uw werkgever.

Wat zijn de gevolgen van deze afstandsovereenkomst?

Als u niet deelneemt aan de Inkomensaanvulverzekering, ontvangt u bij arbeidsongeschiktheid geen extra aanvulling op uw inkomen. Dit heeft mogelijk grote financiële gevolgen. Wij adviseren u dan ook deze keuze te bespreken met een financieel adviseur.

Kunt u later alsnog deelnemen?

U kunt op een later tijdstip vragen of u alsnog verzekerd kunt worden binnen de Inkomensaanvulverzekering. De Amersfoortse kan u dan wel verplichten een medische keuring te ondergaan. De uitkomst van deze keuring kan zijn dat u niet kunt deelnemen.

Uw gegevens

Achternaam _____ 0 Man 0 Vrouw

Voorletters _____

Geboortedatum ____ - ____ - _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Per wanneer wilt u afstand
doen van uw aanspraken? ____ - ____ - 20____

In te vullen door uw werkgever

Naam bedrijf _____

Adres _____

Vestigingsplaats _____

Contractnummer _____

Inkomensaanvulverzekering _____

Uw ondertekening

Naam _____

Datum _____

Handtekening _____

Ondertekening werkgever

Naam _____

Datum _____

Handtekening _____