**Afstandsverklaring**

**als JE afziet van deelname aan collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering**

**Lever dit formulier zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld en ondertekend in bij HRM via hrm@meerinzicht.nl.**

Met dit formulier kun je aangeven dat je niet aan deze regeling wilt meedoen.

**○ Nee, ik doe niet mee\*, omdat:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*Je verklaart hiermee dat je:

* 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 deze afstandsverklaring door de werkgever wordt vastgelegd in jouw personeelsdossier en aan Loyalis wordt doorgegeven.
* 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 verklaar je dat je kennis hebt genomen van het besluit van de werkgever om alle werknemers collectief te verzekeren tegen inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid.

Naam: …………………………………………………………………………………….

Geboortedatum: …………………………………………………………………………………….

In dienst bij: …………………………………………………………………………………….

Datum: …………………………………………………………………………………….

Plaats: …………………………………………………………………………………….

Handtekening: …………………………………………………………………………………….