

Afstandsverklaring

WIA-verzekeringen voor de werknemer

Aegon Gezond Werkplan

Wilt u niet deelnemen aan de regeling die uw werkgever u aanbiedt? Vult u dan samen met uw werkgever dit formulier in en geef het ondertekend aan uw werkgever.

Gegevens werkgever

Naam werkgever _____
Vestigingsplaats werkgever _____
Polisnummer Gezond Werkplan _____
Ingangsdatum regeling _____ (ddmmjjjj)

Gegevens werknemer

Naam en voorletter(s) _____
Burgerservicenummer (BSN) _____
Geboortedatum _____ (ddmmjjjj)
Ingangsdatum deelname _____ (ddmmjjjj)

Gegevens verzekeringen

Mijn afstandsverklaring geldt voor de volgende verzekeringen uit de regeling:

- IWA-Excedent
- WGA-Excedent
- WIA-Excedent
- WGA-Aanvulling
- WIA-35min
- WIA-Bodem

Verklaring

De werknemer verklaart met de ondertekening van dit formulier te:

- weten dat de werkgever aanbiedt deel te nemen aan de regeling;
- kiezen niet deel te nemen aan deze regeling van de werkgever;
- weten dat door niet deel te nemen er tegenover de werkgever en Aegon Schadeverzekering N.V. geen enkele aanspraak op de regeling mogelijk is;
- weten dat bij later alsnog willen deelnemen Aegon:
 - onderzoek mag doen naar de gezondheid van de werknemer;
 - alleen dekking geeft als de eerste dag van arbeidsongeschiktheid na de datum van acceptatie van de werknemer door Aegon ligt.

Ondertekening

Datum _____ (ddmmjjjj)
Plaats _____
Handtekening werknemer _____