



Collectieve aanvullende inkomensverzekeringen in het kader van arbeidsongeschiktheid

Verklaring geen deelname

1. Gegevens werknemer

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

2. Verklaring geen deelname

U kunt deze verklaring op twee momenten in laten gaan:

1. Vanaf het moment dat u recht heeft op deelname aan de collectieve WIA en WGA Verzekering van Lentis (nl. vanaf in dienst treding – zie ook hieronder onder c) en hier geen gebruik van maakt;
2. Op een later moment kunt u de deelname aan de regeling desgewenst stopzetten en dan de verklaring geen deelname in laten gaan.

Om de verklaring in werking te laten treden vult u onder c. of e. de datum in en ondertekent u de verklaring.

Verklaring geen deelname

Door ondertekening van deze Verklaring geen deelname verklaar ik dat:

- a. Ik op de hoogte ben van de collectieve WIA-Verzekering en WGA verzekering die Lentis voor zijn werknemers heeft afgesloten;
- b. Ik op de hoogte ben van de (financiële) rechten en plichten van de collectieve WIA-verzekering die Lentis voor zijn werknemers heeft afgesloten;
- c. Ik het aanbod heb ontvangen om vanaf (datum) aan deze verzekering deel te nemen;
- d. Ik van dit aanbod geen gebruik wil maken met betrekking tot de Collectieve WIA-Verzekering bij zowel Avéro Achmea en Aegon;
- e. Ik deelnemer ben van deze verzekeringen en per(datum) mijn deelname beëindig
- f. Ik daarom nooit enig recht aan deze verzekering kan ontlener;
- g. Ik ervan op de hoogte ben dat mocht ik in de toekomst weer deel willen nemen, deelname mede afhankelijk is van medische acceptatie door de verzekeraar.

Ondertekening werknemer

Naam

Adres

Postcode en Plaats

Datum: Handtekening

Log in bij Youforce, tabje Inkomensverzekering en kies het van toepassing zijnde formulier c.q. de van toepassing zijnde formulieren, vul alles in en voeg dit getekende formulier als bijlage toe.

Gezien door werkgever/Lentis

Datum..... Handtekening.....

Naam ondertekenaar: