

**Afstandsverklaring collectieve inkomensverzekering bij arbeidsongeschiktheid, het Allianz AOP voor sector Zorg en Welzijn, aangeboden door Elkerliek**

Ondergetekende,

De heer/mevrouw\* -----

BSN -----

Personeelsnummer -----

Geboren op -----

Wonende te -----

In dienst van **het Elkerliek ziekenhuis**

Verklaart hierbij (aankruisen wat van toepassing is):

- **uitdrukkelijk niet te willen deelnemen aan deze collectieve inkomensverzekering bij arbeidsongeschiktheid:**
  - kennis te hebben genomen van de inhoud van de getroffen arbeidsongeschiktheidsregeling van Allianz;
  - de inhoud van de getroffen arbeidsongeschiktheidsregeling te hebben besproken met de partner;
  - bekend te zijn met het feit dat nadat afstand is gedaan, in de toekomst alleen kan worden deelgenomen aan de Allianz AOP indien aan de door de verzekeraar gestelde voorwaarden wordt voldaan;
  - derhalve nimmer enig recht aan deze arbeidsongeschiktheidsregeling \*\* te kunnen ontlenuen;
  
- heb reeds zelf een individuele verzekering afgesloten en wens alsnog in te stromen na opzegging van het huidige contract.

Datum Plaats -----

Handtekening werknemer -----

Handtekening partner werknemer -----

\* Doorhalen wat niet van toepassing is.

\*\* Wanneer je deze afstandsverklaring invult, heb je geen recht op mogelijke toekomstige aanspraken op basis van deze collectieve inkomensverzekering bij arbeidsongeschiktheid.

**Dit formulier dient uiterlijk op de datum van in dienst treden ingeleverd te zijn bij de salarisadministratie van het Elkerliek ziekenhuis.**