

Aanvraagformulier WIA-excedentverzekering



Bedrijfsgegevens

Werkgeversnr. Mn Services : _____ Branche : _____
Statutaire naam bedrijf : _____
Statutair adres : _____
Postcode en woonplaats : _____

Aanbod verzekering

- Ja, ik kies voor de WIA-excedentverzekering als aanvulling op de WGA-hiaatverzekering en de WIA-bodemverzekering met een dekking van ten minste 70% tot een loongrens van € 100.000,- .
- Ja, ik ben ook geïnteresseerd in een WIA-excedentverzekering voor werknemers met een salaris boven €100.000,-. Neem contact met ons op voor een offerte op maat.

Gegevens WIA-excedentverzekering

Ingangsdatum verzekering : _____ (mogelijk vanaf 1 januari 2012)
Contractsduur : 3 jaar
Jaarpremie 2012 : 2,05 % van het bruto salaris boven het maximum SV loon tot maximaal € 100.000,- van iedere verzekerde werknemer

Zieke of arbeidsongeschikte werknemers

Werknemers die ziek zijn op de datum van ondertekening van het aanvraagformulier kunnen niet deelnemen. Zij kunnen pas deelnemen aan de regeling op het moment dat zij gedurende vier weken volledig arbeidsgeschikt zijn voor hun werk. Vult u hieronder de gegevens in van werknemers die op dit moment ziek of arbeidsongeschikt zijn of een WIA- of WAO-uitkering ontvangen.

Let op: werknemers die een wettelijke WIA-uitkering wegens gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid ontvangen, kunnen wel aan de WIA-excedentverzekering deelnemen voor het deel dat zij arbeidsgeschikt zijn.

Naam en voorletters	m/v	Geboortedatum	Datum 1e ziektedag	Reden uitsluiting

De polisvoorwaarden kunt u downloaden via www.nvschade-mt.nl



Betaalwijze

U betaalt de premie voor de WIA-excedentverzekering op dezelfde manier als de premies voor de andere MT WIA-producten van NV Schade.

Slotverklaring

De ondertekenaar, ondertekeningsbevoegd voor het bedrijf, verklaart de gestelde vragen naar waarheid te hebben beantwoord en dat geen omstandigheid die aan de verzekeraar behoort te worden medegedeeld, verzwegen of verkeerd voorgesteld is. Het is ondergetekende bekend dat het niet voldoen aan de mededelingsplicht of het onjuist en/of onvolledig beantwoorden van vragen gevolgen kan hebben voor de verzekering of schadevergoeding.

Ondertekening

Datum : _____ - _____ - _____

Naam : _____ M/V

Functie : _____ Telefoonnummer: _____

Handtekening : _____