



Afstandsverklaring inkomensverzekering  
bij arbeidsongeschiktheid

Ondergetekende,  
De heer/mevrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)

Voorletters .....

Tussenvoegsel(s) .....

Achternaam .....

Geboortedatum .....

Adres .....

Postcode, woonplaats .....

E-mail of tel.nr. ....

Werkzaam bij .....

Personeelsnummer .....

Burger Service Nummer (BSN) .....

**Verklaart hierbij:**

**Uitdrukkelijk niet te willen deelnemen aan de basis collectieve inkomensverzekering bij arbeidsongeschiktheid van Allianz, waardoor ik geen recht heb op mogelijke toekomstige aanspraken op basis van deze collectieve inkomensverzekering bij arbeidsongeschiktheid.**

- Ik heb kennis genomen van de inhoud van de getroffen arbeidsongeschiktheidsregeling;
- Ik heb de inhoud van de getroffen arbeidsongeschiktheidsregeling besproken met mijn partner;
- Ik ben bekend met het feit dat nadat afstand is gedaan, in de toekomst alleen kan worden deelgenomen indien aan de dan gestelde voorwaarden wordt voldaan;
- Ik realiseer me dat ik, door het niet deelnemen aan deze regeling, nimmer enig recht aan deze arbeidsongeschiktheidsregeling kan ontlenen.

Datum: ..... Plaatsnaam: .....

Handtekening werknemer SGL

.....