

Afstandsovereenkomst Inkomensaanvulverzekering

ASR Schadeverzekering N.V.

Inkomen
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Waarom dit formulier?

Uw werkgever heeft voor zijn medewerkers een Inkomensaanvulverzekering afgesloten bij a.s.r. U heeft van uw werkgever het aanbod gekregen deel te nemen aan deze regeling. Met dit formulier geeft u aan dat u niet wilt deelnemen aan de Inkomensaanvulverzekering. U ziet daarmee af van eventuele uitkeringsaanspraken op a.s.r. en op uw werkgever.

Wat zijn de gevolgen van deze afstandsovereenkomst?

Als u niet deelneemt aan de Inkomensaanvulverzekering, ontvangt u bij arbeidsongeschiktheid geen extra aanvulling op uw inkomen. Dit heeft mogelijk grote financiële gevolgen. Wij adviseren u dan ook deze keuze te bespreken met een financieel adviseur.

Kunt u later alsnog deelnemen?

U kunt op een later tijdstip vragen of u alsnog verzekerd kunt worden binnen de Inkomensaanvulverzekering. a.s.r. kan u dan wel verplichten een medische keuring te ondergaan. De uitkomst van deze keuring kan zijn dat u niet kunt deelnemen.

1. Uw gegevens

Naam

Voorletters

Geslacht

Man

Vrouw

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Per wanneer wilt u afstand doen
van uw aanspraken?

2. In te vullen door uw werkgever

Naam bedrijf

Adres

Vestigingsplaats

Contractnummer

Inkomensaanvulverzekering

3. Uw ondertekening

Naam

Datum

Handtekening

4. Ondertekening werkgever

Naam

Datum

Handtekening