

Aanvullende Voorzieningen Werkgever

Gegevens werkgever

Naam Werkgever:
Adres Werkgever:
Postcode en woonplaats:

Gegevens werknemer

Naam Werknemer:
Adres Werknemer:
Postcode en woonplaats:

Overlijden

Heeft uw bedrijf een collectieve verzekering afgesloten voor een extra jaarlijkse uitkering bij overlijden van uw werknemers en is uw werknemer hiervoor verzekerd? (ANW-hiaat verzekering)	werknemer verzekerd Ja / Nee
Indien ja, wanneer gaat de uitkering in:	Direct na overlijden, of Na bereiken 18 jaar jongste kind.

Arbeidsongeschiktheid

Welke verdeling geldt binnen uw bedrijf voor de wettelijke loondoorbetalingstermijn in de eerste twee ziektejaren?	1e jaar:% 2e jaar:%
--	------------------------------------

Heeft uw bedrijf een collectieve verzekering afgesloten voor een extra jaarlijkse uitkering bij arbeidsongeschiktheid van uw werknemers? (WGA-hiaat verzekering)	Ja / Nee
Indien ja, welke verzekering is van toepassing:	
WGA-hiaatverzekering (basisvariant)	werknemer verzekerd Ja / Nee
WGA-hiaatverzekering (uitgebreide variant)	werknemer verzekerd Ja / Nee aanvulling tot:%
Vaste WIA-aanvulling	werknemer verzekerd Ja / Nee Vast bedrag: €
WIA-excedentverzekering	werknemer verzekerd Ja / Nee aanvulling tot het sv-loon: Ja / Nee aanvulling boven het sv-loon: Ja / Nee

Ondergetekende verklaart namens de werkgever dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

Naam ondertekenaar:
Getekend te:
Bij vragen kan contact worden opgenomen met:
Telefoon:
Handtekening en firmastempel: