

Bestuurders arbeidsongeschiktheidsverzekering

Meldingsformulier Arbeidsongeschiktheid

U heeft bij ons een Bestuurders AOV. Met dit formulier geeft u arbeidsongeschiktheid van één van uw deelnemer aan ons door. Geef de arbeidsongeschiktheid binnen 3 maanden aan ons door. Doet u dit niet? Dan kan dit mogelijk gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de uitkering.

Vul het formulier in en stuur het naar:

Centraal Beheer
T.a.v. afdeling Claims & Care AOV
Antwoordnummer 1180
7300 VB APELDOORN

Melding van arbeidsongeschiktheid

1. Uw gegevens

Gemeente _____
Polisnummer _____
Contactpersoon _____
Telefoonnummer contactpersoon _____
E-mailadres contactpersoon _____
Ingevulde Datum _____
Bankrekeningnummer gemeente _____
Ten name van _____
Bestaat er recht op wachtgeld Ja Nee
Zo ja, vanaf wanneer en tot wanneer _____

2. Bestuurder die arbeidsongeschikt is

Wilt u hier aangeven welke bestuurder arbeidsongeschikt is?

Naam en voorletter(s) _____ M V
Geboortedatum _____
Adres _____
Postcode en plaats _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Datum 1e dag
arbeidsongeschiktheid _____



Let op: U kunt de gegevens niet per mail naar ons sturen in verband met de privacy wetgeving.