

Afstandsverklaring arbeidsongeschiktheidspensioen

Polisnummer _____
In dienst van werkgever _____
Loonheffingnummer _____
Ondergetekende,
Naam werknemer _____
Burgerservicenummer _____
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

Verklaart:

- dat hij/zij kennis heeft genomen van het aanbod van zijn/haar werkgever voor een overeenkomst voor een aanvullend arbeidsongeschiktheidspensioen;
- dat hij/zij derhalve bekend is met de uit die overeenkomst voor de deelnemers voortvloeiende rechten op aanvullend arbeidsongeschiktheidspensioen ingeval van volledige of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid;
- dat de werkgever hem/haar in de gelegenheid heeft gesteld als deelnemer tot deze pensioenregeling toe te treden;
- dat hij/zij hierdoor afstand doet van het recht op deelname aan deze overeenkomst en het daaruit vloeiende aanvullende arbeidsongeschiktheidspensioen;
- dat hem/haar bekend is dat wanneer hij/zij later alsnog deelnemer wil worden, dit niet kan plaatsvinden met terugwerkende kracht en afhankelijk is van door de pensioenuitvoerder van de pensioenregeling te stellen voorwaarden en eventuele medische beoordeling van het arbeidsongeschiktheidsrisico.

Opgemaakt in tweevoud en ondertekend te _____

Datum

Handtekening werknemer _____

Voor akkoord werkgever _____

Een kopie van deze afstandsverklaring zal worden gezonden aan Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Mij. N.V. nr. 27023707