

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: |