

MUTATIEFORMULIER ONGEVALLENVERZEKERING OWASE

Medewerker
Polis: G15/452.860

Personeelsnummer _____

Naam _____

Voornamen _____

Adres _____

Postcode/woonplaats _____

Geboortedatum ____ - ____ - ____

Ingang/wijzigingsdatum verzekering ____ - ____ - ____

Is uw gezondheidstoestand thans
en als regel ongestoord? Ja / Nee

Zo nee, afwijkingen vermelden _____

Beschikt u over het volledig gebruik
van alle ledematen en zintuigen? Ja / Nee

Zo nee, afwijkingen vermelden _____

Verzekeringsvormen (voor zowel invaliditeit als overlijden): (s.v.p. aankruisen)

€ 15.000,00 € 120.000,00

€ 30.000,00 € 150.000,00

€ 60.000,00 € 300.000,00

€ 90.000,00

Ondergetekende machtigt de werkgever de door hem/haar verschuldigde premie op het netto-salaris in te houden.

Ik wens de ongevallenverzekering per 01-01- _____ te beëindigen.

Aldus naar waarheid ingevuld.

Datum:

Ondertekening:
