



## Validiteitsverklaring

Offertenummer \_\_\_\_\_

Naam bedrijf \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

### Verklaring werkgever:

Ondergetekende verklaart dat alle werknemers, met uitzondering van de hierna te noemen werknemers, bij het aangaan van deze verzekering hun werkzaamheden normaal kunnen verrichten en momenteel geen recht op uitkering hebben krachtens BW 7:629 (WuLBZ/ZW) of de WAO/WIA.

Conform de polisvoorwaarden zullen werknemers die arbeidsongeschikt zijn op de ingangsdatum van de verzekering (datum ontvangst van de validiteitsverklaring door Aevitae) onder de dekking vallen nadat deze personen tenminste 28 dagen hersteld zijn.

De hieronder genoemde werknemers zijn bij het aangaan van de verzekering arbeidsongeschikt:

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Datum eerste ziektedag \_\_\_\_\_

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Datum eerste ziektedag \_\_\_\_\_

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Datum eerste ziektedag \_\_\_\_\_



Naam en voorletters \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
Datum eerste ziekte dag \_\_\_\_\_

Voor akkoord verzekeringnemer:

Naam \_\_\_\_\_  
Functie \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_  
Handtekening \_\_\_\_\_

**U dient de validiteitsverklaring altijd ondertekend mee te sturen**