

Contractnummer	:	
Naam werkgever	:	
Adres	:	
Postcode, plaats	:	
Telefoon	:	
Email	:	
KVK- nummer	:	

Vertegenwoordigd door	:	
Naam, voorletters	:	
Functie	:	

Bovengenoemde verklaart dat alle ter verzekering aangeboden deelnemers, voor zover hem/haar bekend,

- |  |   |                             |                              |
|--|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. volledig arbeidsgeschikt zijn en geen beperkingen ondervinden bij het verrichten van het werk                 | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 2. volledig bestand zijn tegen de eisen die het werk aan hen stelt   | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 3. het laatste jaar niet langer dan 2 weken aansluitend ziek zijn geweest  | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 4. het laatste jaar niet onder geneeskundige behandeling hebben gestaan of op dit moment onder behandeling staan | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

**Toelichting** Indien u de vragen niet bevestigend kan beantwoorden, verzoeken wij u een toelichting te geven. Indien gewenst kunt u dit in een gesloten envelop ter attentie van de medisch adviseur meesturen.


U kunt er op rekenen dat de op dit formulier vermelde gegevens door W.A. Hienfeld B.V. vertrouwelijk worden behandeld.

Ondergetekende verklaart dat de antwoorden op de gestelde vragen naar waarheid en naar beste weten volledig zijn vermeld. Ondergetekende is zich er van bewust dat door verzwijging van gegevens of verstrekking van onjuiste of onvolledige informatie of opgave de verzekeringsovereenkomst kan worden opgezegd en/of het recht op uitkering kan vervallen.

#### Ondertekening

Datum:

Plaats:

Handtekening: