



FORMULIER ONTHEFFING/DISPENSATIE SAVAMITT-regeling

Naam onderneming : _____
Handelsnaam (indien anders): _____
Postadres : _____
Postcode & vestigingsplaats : _____
Contactpersoon : Dhr/mw _____
Telefoon contactpersoon : _____ Fax. _____
E-mail contactpersoon : _____

Ondergetekende verzoekt om ontheffing/dispensatie te verlenen van de Collectieve WGA-hiaatverzekering van SAVAMITT

Bij dit verzoek om ontheffing/dispensatie is bijgevoegd (een kopie van) de polis met verzekeringsvoorwaarden van de voor de onderneming geldende eigen WGA-hiaatverzekering voor alle werknemers.

Aan ontheffing/dispensatie worden nadere voorwaarden gesteld. Ontheffing/dispensatie is alleen mogelijk indien de werkgever voor de werknemers een minstens gelijkwaardige regeling heeft afgesloten en dit middels een polis plus bijbehorende voorwaarden kan aantonen.

Plaats.....Datum.....

NaamHandtekening:.....

Dit formulier kunt u met de bijlagen terugzenden/ faxen aan:

Vakraad MITT
t.a.v. het secretariaat
Postbus 428
3700 AK ZEIST
Faxnr.: 030 – 23 20 909