

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 762
3700 AT ZEIST
Faxnr.: 088 8100 909
Email: vakraadmitt@modint.nl