

OFFERTE AANVRAAGFORMULIER ZIEKTEVERZUIMVERZEKERING

Relatienummer:

Ter attentie van : GEBRA Verzekeringsdienst
Adres : Postbus 8789
Postcode en Plaats : 3009 AT Rotterdam
Faxnummer : (010) 7101320

GEGEVENS AANVRAGER

Naam te verzekeren bedrijf : _____
Contactpersoon : _____
Adres : _____
Postcode/plaats : _____
Telefoonnummer : _____
Lidnummer : _____
Email : _____
IBAN : _____
Arbodienst : _____ Aansluitnummer.: _____

GEWENSTE VERZEKERINGSVORM

Betaaltermijn : jaar halfjaar kwartaal maand
Jaarloonsom : € _____ incl. vakantiegeld
Aantal verzekerden : _____

Eigen risicotermijn		: <input type="radio"/> 2 weken	<input type="radio"/> 6 weken	<input type="radio"/> anders, _____
Dekkingspercentage		: <input type="radio"/> 100-100%	<input type="radio"/> 100-70%	
2 ^e ziektewetjaar		: <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
GEGEVENS VERZUIM				
Verzuimgegevens	2014	: _____		
	2015	: _____		
	2016	: _____		

Het ingevulde formulier kunt u sturen naar:

GEBRA Verzekeringsdienst
Antwoordnummer 90172
3009 VB Rotterdam
(postzegel niet nodig)