

Vertrouwelijk

<<Naam>>

<<Adres>>

<<Postcode Woonplaats>>

Datum <<datum>>

Collectief

Onderwerp arbeidsongeschiktheidsverzekering

<<polisnummer>>

Beste meneer/mevrouw <<naam>>,

U bent deelnemer aan de Collectieve Arbeidsongeschiktheidsverzekering van << naam contract >>.

Graag vragen we u om uw medewerking.

Vul uw Burgerservicenummer (BSN) in op het antwoordformulier

Wij zijn als verzekeraar vanaf 2024 verplicht ieder jaar aan de belastingdienst een overzicht te sturen van de premie die u betaalde voor uw AOV. Hiervoor hebben wij uw BSN nodig.

Wat zijn de gevolgen wanneer u het formulier niet terug stuurt?

U heeft dan geen recht op aftrek van de premie bij uw Inkomstenbelasting.

Bel ons als u vragen heeft: (013) 462 1059 (keuze 2)

Wij helpen u graag. U bereikt ons van maandag tot en met vrijdag van 8.00 uur tot 17.30 uur.

Wilt u uw polisnummer bij de hand houden? E-mailen mag natuurlijk ook: <mailadres>

Met vriendelijke groet,

<<naam acceptant>>

Acceptant AOV Acceptatie

# Antwoordformulier

1. Wat doet u met dit formulier?

- Vul het formulier in.
- Vergeet niet uw handtekening en de datum in te vullen.

2. Vragen

Wat is uw Burgerservicenummer (BSN)?

Wij zijn als verzekeraar verplicht om de Belastingdienst ieder jaar een overzicht te sturen van de premie die u betaalde voor uw AOV.

Hiervoor hebben wij uw BSN nodig.

Uw BSN bestaat uit 9 cijfers en staat op uw ID-kaart, paspoort of rijbewijs.

Mijn Burgerservicenummer is: \_\_\_\_\_

3. Premieverschuldigheid

Hierbij verklaar ik dat ik de premies voor deze verzekering verschuldigd ben aan Avéro Achmea. Ik betaal de verschuldigde premie aan

<<naam contract>>. <<naam contract>> draagt de door mij verschuldigde premie af aan Avéro Achmea.

4. Ondertekening

Voorletters en naam: \_\_\_\_\_ Polisnummer: <<polisnummer>>

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_