



Verklaring van de werkgever voor bepalen zorgverzekeringsplicht

Ingevuld door medewerker HR-afdeling

1 Gegevens werkgever

Bedrijfsnaam

Adres

Postcode

Plaats

2 Gegevens werknemer

Voorletter(s)

Tussenvoegsel

Achternaam

Straatnaam

Huisnummer

Toevoeging

Postcode

Woonplaats

Land

Geboortedatum

(DD/MM/JJJJ)

3 Gegevens dienstverband

Ik, _____ (HR-medewerker)

verklaar dat _____ (naam werknemer)

per _____ (DD/MM/JJJJ) bij ons in dienst is.

Ik verklaar dat deze werknemer wekelijks/maandelijks loon ontvangt waarover loonheffing en sociale lasten worden afgedragen volgens de Nederlandse wet. Het betreft een dienstverband voor:

Onbepaalde tijd

Bepaalde tijd, van _____ (DD/MM/JJJJ) t/m _____ (DD/MM/JJJJ)

4 Ondertekening

Ondergetekende verklaart namens de werkgever dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

Naam ondertekenaar

Functie

Plaats

Datum

(DD/MM/JJJJ)

Handtekening

Bedrijfsstempel*

* indien geen bedrijfsstempel aanwezig is, graag meest actuele loonstrook werknemer meesturen

Voor eventuele verificatie kan contact opgenomen worden met

Naam

Telefoonnummer

Stuur dit formulier in een envelop naar: De christelijke zorgverzekeraar, Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (dechristelijkezorgverzekeraar.nl/privacy) van De christelijke zorgverzekeraar. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

55304-2308