

# AANMELDINGSFORMULIER

## Verzuim Expertise Centrum B.V.



### UW CONTRACT

Ik wil een overeenkomst aangaan met Capability voor de aanpak van verzuim en kies voor het volgende pakket:

- Gezond Extra**  
**€ 90,- per medewerker per jaar (ex btw)**
- Gezond Full Service (VKG tarief)**  
**€ 100,- per medewerker per jaar (ex btw)**

### 2. CONTRACTGEGEVENS

Datum ingang : \_\_\_\_\_  
Aantal werknemers per ingangsdatum : \_\_\_\_\_  
Verzuim % afgelopen 12 maanden : \_\_\_\_\_  
Zieke werknemers per ingangsdatum : \_\_\_\_\_

### 3. UW ORGANISATIE

Naam organisatie : \_\_\_\_\_  
Bezoekadres : \_\_\_\_\_  
Postcode/plaats : \_\_\_\_\_  
Postadres : \_\_\_\_\_  
Postcode plaats : \_\_\_\_\_  
Telefoon : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

### 4. CONTACTPERSONEN

4a. Contactpersoon personeelszaken/verzuimadministratie:

Naam : \_\_\_\_\_  
Functie : \_\_\_\_\_  
Telefoon (direct) : \_\_\_\_\_

4.b Contactpersoon facturering (*indien deze afwijkt*)

Naam : \_\_\_\_\_  
Functie : \_\_\_\_\_  
Telefoon (direct) : \_\_\_\_\_

### 5. OVERIGE GEGEVENS

Inschrijving KvK : \_\_\_\_\_  
nr.: Brancheorganisatie : \_\_\_\_\_  
Loonheffingsnummer : \_\_\_\_\_  
Eigenrisicodrager WGA : \_\_\_\_\_

### 6. GEGEVENS OVER UW VERZEKERAAR

Door ondertekening machtigt u Capability voor het automatisch uitwisselen van gegevens met uw verzekeraar. Indien u geen gebruik wilt maken van deze service, kruis dan onderstaat optie aan:

- Neen, ik machtig Capability **niet** voor het automatisch uitwisselen van gegevens met mijn verzekeraar(s). ga → vraag 7

#### 6a verzuimverzekeraar

Naam verzekeraar : \_\_\_\_\_

Polisnummer verzuimverzekering :

0 Wij hebben geen verzuimverzekering.

#### 6b verzekeraar collectieve WIA-verzekering

Naam verzekeraar : \_\_\_\_\_

Polisnummer WIA-verzekering :

0 Wij hebben geen collectieve WIA-verzekering.

### 7. FACTURATIE

Facturering geschied na ontvangst van opdracht

### 8. Ondertekening

0 mijn personeelsvertegenwoordiging of OR gaat akkoord met de via dit opdrachtformulier aangevraagde dienstverlening van Capability.

Gaarne een recente kopie van uw inschrijving bij de Kamer van Koophandel bijvoegen.

Ondergetekende verklaart dat de gegevens volledig en juist zijn ingevuld. De overeenkomst komt tot stand als VEC BV schriftelijk aanvaardt. Uitsluitend de Algemene Voorwaarden Capability (inschrijfsnummer KvK VEC BV en Capability Herstel BV respectievelijk Nr 34102307 en Nr 32122626 te Utrecht)

Plaats : \_\_\_\_\_

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

Naam : \_\_\_\_\_

Functie : \_\_\_\_\_

### GEGEVENS TUSSENPERSOON

Naam : \_\_\_\_\_

Contactpersoon : \_\_\_\_\_