



Verzamelstaat Bedrijvenverzekering

Rolnummer

Nieuwe inschrijving Bijschrijving Uitschrijving Werknemer(s)
 Gezinsleden

Gegevens van het bedrijf (zie toelichting 1)

(In blokletters invullen a.u.b.)

Naam Bedrijf:

Adres: (Straat, buurt, district)

Telefoon:

E-mailadres:

Naam Directeur:

Aantal werknemers: Fax

Stempel Bedrijf

Gegevens van de werknemers (zie toelichting 2)

	SZF-nummer	ID -nr. / paspoortnr.	Geboorte datum	Naam	intrede/uittrede
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Opmerking(en) :

Ondergetekende verklaart de verzamelstaat zonder voorbehoud en naar waarheid te hebben ingevuld:

Datum: - -

Handtekening Directeur

Toelichting 1

De gegevens van het bedrijf moeten volledig worden ingevuld bij de toetreding tot het SZF. Het rolnummer zal door het SZF aan het bedrijf worden toegewezen. De naam van het bedrijf is die welke bij de Kamer van Koophandel en Fabrieken staat geregistreerd.

Toelichting 2

Bij buitenlanders die nog geen ID-kaart hebben, moet het paspoortnummer worden ingevuld.

Intrede : gewenste aanvangsdatum van de verzekering

Uittrede : gewenste beëindigingsdatum van de verzekering