

**ARBEIDERSLIJST BEHORENDE BIJ DE AANVRAAG
VAN EEN S.O.R.**

Datum:...../...../20.....

Verzekeringnemer :.....

Adres:.....

Telefoonnummer:.....

Polisnummer:.....

Faxnummer:.....

Agentnummer:

E-mail:.....

Nr	Naam verzekerde (VOLUIT)	Geboorte datum	ID nummer	Adres	Functie	Loon/ Salaris
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

Noot : Dit formulier dient volledig te worden ingevuld.

Handtekening: