



Schade-aangifteformulier - Arbeidsongeschiktheid

- Alvorens dit formulier in te vullen, wordt u geadviseerd de polisvoorwaarden na te lezen. U weet dan of u recht hebt op een schade-uitkering.
- Alle vragen in dit formulier dienen beantwoord te worden, dit ter voorkoming van vertraging in de behandeling van uw schade-aangifte.
- Voor elke volgende maand dat u nog arbeidsongeschikt bent, dient u bewijsstukken te overleggen.
- Indien de schrijfruimte niet voldoende is, kunt u gebruik maken van een apart vel onder vermelding van het polisnummer en verwijzing

Sectie A - Personalialia

Polisnummer:

m v

1. Naam
2. Voorna(a)m(en)
3. Adres
4. Telefoon
5. E-mailadres
6. Geboortedatum
7. Bankgegevens
8. Burgerservicenummer
9. NAW-gegevens van uw huisarts

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Straat	
Postcode en Plaats	
Thuis	Werk
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
IBAN	BIC
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Sectie B - Werkzaamheden

1. Beroep

loondienst zelfstandig

- 2a. Sinds
3. Omschrijving werkzaamheden
4. Bedrijfsnaam Werkgever
5. Adres
6. Telefoonnummer

→ 2b. Aantal uren per week:

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Straat	
Postcode en Plaats	
<input type="text"/>	

Sectie C - Gegevens m.b.t. arbeidsongeschiktheid

1. Omschrijving ziekte / ongeval
2. Op welke datum begon uw ziekte / vond het ongeval plaats?
3. Op welke datum hebt u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?
4. Bent u in een ziekenhuis behandeld? nee ja, van tot

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Indien ja, welk ziekenhuis (naam en adres)?

- 5a. Datum laatste werkdag: → 5b. Ik verwacht het werk te hervatten op:

6. In geval van ziekte, hebt u eerder aan deze klachten geleden? nee ja, van tot

- 7a. Ontvangt u een uitkering/is er een uitkering aangevraagd? nee ja, ZW WIA

Anders, nl.

- 7b. Hebt u de aangevraagde uitkering ook toegewezen gekregen? nee ja, Arbeidsongeschiktheidspercentage: %

8. Hebt u eerder een schade-uitkering onder deze verzekering ontvangen? Indien ja, graag schadenummer vermelden. nee ja,

9. Ontvangt u een schade-uitkering onder een andere arbeidsongeschiktheidsverzekering? Indien ja, van welke maatschappij? nee ja,

Sectie D - Verklaring m.b.t. Arbeidsongeschiktheid (door u te ondertekenen)

Ik verklaar hierbij arbeidsongeschikt te zijn, zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden en niet in staat te zijn geweest betaalde arbeid te verrichten gedurende de in sectie C, vraag 5 vermelde periode. Ik verklaar de vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen. Ik ben mij ervan bewust dat verzwijging of het geven van een verkeerde voorstelling van zaken ertoe kan leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt.

- Datum
- Naam Verzekerde
- Handtekening Verzekerde



Sectie E - machtiging tot het verstrekken van inlichtingen (door u te ondertekenen)

Hierbij machtigt ondergetekende instanties, zoals het uuv en/of medische diensten, arbo-diensten, verzekeringsmaatschappijen waar ondergetekende een arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft afgesloten en behandelend artsen aan de (medisch adviseur van) de administrateur alle gewenste inlichtingen over zijn/haar arbeidsongeschiktheid te verschaffen.

Tevens machtigt ondergetekende de medisch adviseur van de administrateur informatie bij behandelend artsen in te winnen over zijn/haar arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ziekte of ongeval, die deze noodzakelijk acht ter beoordeling van de schadevordering. Ondergetekende heeft er geen bezwaar tegen dat een door de administrateur aangewezen medicus met een medisch onderzoek wordt belast en zal alle medewerking daaraan verlenen.

Het is ondergetekende bekend, dat de verstrekte informatie door gemachtigden en/of de uitslag van een medische keuring afwijzing van de schadevordering tot gevolg kan hebben.

Datum

Naam Verzekerde

Handtekening Verzekerde

Sectie F - Verklaring Arbo-/behandelend arts

(in te vullen door uw arbo-/behandelend arts. Eventuele hieraan verbonden kosten zijn voor uw rekening)

1. Naam patiënt

2. Geboortedatum patiënt

3a. Beschrijf de oorzaak (ziekte/ongeval) die het de patiënt onmogelijk maakt zijn/haar werkzaamheden uit te voeren

3b. Wanneer stelde de patiënt zich hiervoor onder behandeling?

3c. Wanneer werd de diagnose vastgesteld?

4. Is de arbeidsongeschiktheid te wijten aan (s.v.p. aankruisen):

- zelfverwonding
- misbruik van alcohol, dan wel verdovende middelen
- zwangerschap, bevalling, miskraam, abortus
- HIV en gerelateerde ziektes, incl. AIDS
- geen van de hierboven genoemde gevallen

5a. Eerste ziektedag →

5b. (Verwachte) datum werkhervatting

6. Acht u de patiënt voor meer dan 45% arbeidsongeschikt?

ja, arbeidsongeschiktheidspercentage: %

nee, arbeidsongeschiktheidspercentage: %

7. Hiermee bevestig ik dat de patiënt onder medische behandeling is (of was) en naar mijn oordeel niet in staat is (of was) om zijn/haar werkzaamheden gedurende de hierboven vermelde periode (sectie F, vraag 5) uit te voeren.

Datum

Naam Arts

Adres

Handtekening + stempel Arts

Sectie G - Wat nu?

1. Controleer of alle vragen (sectie A t/m F) zijn ingevuld.
2. Controleer of de verklaring van de arts is ingevuld en ondertekend.
3. Controleer of alle kopieën zijn bijgesloten van de volgende documenten/bewijsstukken:
 - recent loonstrookje;
 - bij Krediet Protector: een recent afschrift van de lening;
 - bij woonlastenverzekering: bankafschrift waaruit de hypotheeklasten blijken;
 - indien aanwezig, arbo-rapportages;
 - indien aanwezig, WIA-beoordeling, incl. toekenning met berekening, arbeidsdeskundige en verzekeringsgeneeskundige rapportages.
4. Dit schadeformulier dient binnen 30 dagen na de schadedatum te worden geretourneerd aan:

Sedgwick TPA
 T.a.v. Jubilee Schade
 Postbus 23212
 3001 KE Rotterdam

U kunt het formulier + bijlagen ook inscannen en mailen naar jubilee-schade@nl.sedgwick.com