

Melding van Arbeidsongeschiktheid zelfstandigen

Let op: Niet volledig invullen van dit formulier kan vertraging in de behandeling van uw schademelding tot gevolg hebben.

1. GEGEVENS AANVRAGER/VERZEKERINGNEMER

naam en voorletters	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
straat en huisnummer		
postcode	plaats	
telefoon	mobiel	e-mail
geboortedatum (d-m-j)	nationaliteit	
bank- of girorekening	burgerservicenummer (voorheen sofinummer)	
polisnummer		

2. GEGEVENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID

beroep	bedrijf				
aard werkzaamheden					
rechtsvorm bedrijf	<input type="checkbox"/> eenmanszaak	<input type="checkbox"/> BV	<input type="checkbox"/> VOF	<input type="checkbox"/> maatschap	<input type="checkbox"/> anders, nl.
Wat was de hoogte van uw persoonlijk inkomen uit arbeid vóór belastingen over de afgelopen drie jaar?	jaar	€			
	jaar	€			
	jaar	€			
Wat was uw netto bedrijfswinst vóór belastingen over de afgelopen drie jaar?	jaar	€			
	jaar	€			
	jaar	€			
gemiddeld aantal mensen in dienst					
Hoeveel uren werkt u gemiddeld per week?					
hoe besteedt u deze tijd? (normale omstandigheden)	<input type="checkbox"/> administratie/bureauwerk/personele zaken	uur per week			
	<input type="checkbox"/> verkoop/advisering/inkoop/acquisitie	uur per week			
	<input type="checkbox"/> zakelijk reizen	uur per week			
	<input type="checkbox"/> leidinggeven/toezicht/lesgeven/instructie	uur per week			
	<input type="checkbox"/> handarbeid/lichamelijke werkzaamheden	uur per week			
hoeveel arbeid bestaat uit:	<input type="checkbox"/> werken met machines en/of gevaarlijke stoffen	uur per week			
	<input type="checkbox"/> werken op hoogte en/of boven schouderhoogte	uur per week			
	<input type="checkbox"/> tillen en/of bukken	uur per week			
Heeft u een nevenfunctie?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, nl.			
Bent u in loondienst?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, werkgever			
Bent u links- of rechtshandig?	<input type="checkbox"/> linkshandig	<input type="checkbox"/> rechtshandig			
Bent u arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> geheel	<input type="checkbox"/> gedeeltelijk, nl. %	sinds (d-m-j)		
Welke werkzaamheden kunt u wel verrichten?					
Worden werkzaamheden die u niet kunt verrichten overgenomen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, door			
Wanneer verwacht u het werk te kunnen hervatten? (d-m-j)					

3. GEGEVENS GENEESKUNDIGE BEHANDELING

Ter beoordeling van de mate en de aard van uw arbeidsongeschiktheid zou onze medisch adviseur graag willen informeren bij uw huisarts en behandelend specialist. Hiervoor heeft deze uw toestemming nodig. Wij verzoeken u dan ook vriendelijk naast onderstaande gegevens tevens bijgaande machtigingen volledig in te vullen en te ondertekenen.

datum eerste geneeskundige hulp (d-m-j)

naam huisarts

straat en huisnummer

postcode

plaats

naam behandelend specialist

naam ziekenhuis waar behandeling plaatsvindt/vond

Waar verblijft u momenteel?

thuis ziekenhuis anders, nl.(volledig adres vermelden)

ARBEIDSONGESCHIKTHEID

als gevolg van ziekte omschrijving van de ziekte

Wanneer openbaarden zich de eerste verschijnselen? (d-m-j)

Heeft u eerder aan dezelfde klachten geleden? nee ja, wanneer (d-m-j) hoe lang?

naam van destijds behandelend arts/specialist

datum laatste raadpleging van deze arts/specialist (d-m-j)

als gevolg van een ongeval datum ongeval (d-m-j) tijdstip v.m. n.m.

plaats/locatie van het ongeval

omschrijving van het ongeval

oorzaak ongeval

omschrijving letsel

4. SLOTVRAGEN

Loopt er thans bij een andere maatschappij een soortgelijke verzekering?

nee ja, per (d-m-j) maatschappij polisnummer

verzekerd bedrag A € verzekerd bedrag B €

Heeft u bij onze moedermaatschappij De Goudse eveneens een levensverzekering gesloten waarop recht op premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid geldt? nee ja, polisnummer

Kunt u aanspraak maken op een uitkering krachtens sociale verzekeringswetten? nee ja

AAW/WAZ ZW/WAO overig, nl.

uitvoeringsinstelling

registratienummer ingangsdatum (d-m-j)

arbeidsongeschiktheidspercentage % uitkeringspercentage %

Waar zijn de kosten van geneeskundige behandeling verzekerd? (ziektekosten)

maatschappij polisnummer

Heeft u feiten te melden die voor het beoordelen van deze schade-aangifte en/of voor de maatschappij van belang kunnen zijn?

nee ja, nl.

5. TOELICHTING

6. ONDERTEKENING

Medische gegevens worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de behandeling van uw aanspraak kan het noodzakelijk zijn dat de medisch adviseur een of meer behandelaars inschakelt, bijvoorbeeld de schaderegelaar, de arbeidsdeskundige of andere specialisten. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaars alleen die informatie verstrekken, die voor de afhandeling van de claim belangrijk is. Bij deze eventuele verstrekking van informatie rust op de behandelaars een afgeleide geheimhoudingsplicht.

Ondergetekende heeft kennisgenomen van de wijze waarop de medische gegevens worden behandeld en gaat daarmee akkoord.

Ondergetekende verklaart

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze arbeidsongeschiktheid te hebben verzwegen;
- dit meldingsformulier, en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

U verklaart met de ondertekening de bovenstaande vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord, volledige en juiste informatie te hebben verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot de aanspraak op uitkering te hebben verzwegen.

U verklaart bekend te zijn met de inhoud van dit formulier.

De door u verstrekte persoonsgegevens worden door Algemene Zeeuwse verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten, het voorkomen en bestrijden van fraude jegens financiële instellingen, statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op dit alles is de gedragscode 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl of van de Nederlandse Vereniging van Banken www.nvb.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars: Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 85 00 of bij de Nederlandse Vereniging van Banken: Postbus 3543, 1001 AH Amsterdam, telefoon (020) 550 28 88.

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Dit systeem is eigendom van de Stichting CIS, gevestigd op de Huis ter Heideweg 30, Postbus 124, 3700 AC te Zeist, www.stichtingcis.nl. Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 9 augustus 2002 gedaan bij het College bescherming persoonsgegevens (meldingsnummer 1029513).

datum (d-m-j) | plaats | handtekening* verzekeringnemer/verzekerde

* bij minderjarigheid handtekening ouder/voogd

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing. Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunt u voorleggen aan:

- de directie van Algemene Zeeuwse Verzekering Maatschappij N.V.
Wanneer het oordeel van de directie voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot:
- Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon (0900) 35 52 248, www.kifid.nl.

INTERMEDIAR

naam en voorletters | intermediairnummer

MACHTIGING (HUIS)ARTS

Wellicht wil de medisch adviseur m.b.t. de door u vermelde klachten geïnformeerd worden over het huidige ziekteverloop en de toegepaste behandeling. Dat is alleen mogelijk indien u daarmee instemt.

Wij vragen u daarom onderstaande machtiging volledig in te vullen. Hiermee geeft u uw behandelend arts toestemming de gevraagde informatie te verstrekken, u kunt hierover eerst met de arts en/of huisarts overleggen.

MACHTIGING AAN

huisarts (naam)

straat en huisnummer

postcode

woonplaats

ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR (oorzaak arbeidsongeschiktheid invullen)

Ik ga ermee akkoord dat de bovengenoemde arts en/of specialist aan de medisch adviseur van Algemene Zeeuwse de gewenste inlichtingen verschaft inzake de in deze machtiging genoemde klacht/aandoening.

MACHTIGING DOOR

naam

geboortedatum (d-m-j)

datum (d-m-j)

plaats

handtekening



MACHTIGING SPECIALIST

Wellicht wil de medisch adviseur m.b.t. de door u vermelde klachten geïnformeerd worden over het huidige ziekteverloop en de toegepaste behandeling. Dat is alleen mogelijk indien u daarmee instemt.

Wij vragen u daarom onderstaande machtiging volledig in te vullen. Hiermee geeft u uw behandelend specialist toestemming de gevraagde informatie te verstrekken, u kunt hierover eerst met de specialist overleggen.

MACHTIGING AAN

specialist (naam)

straat en huisnummer

postcode

woonplaats

ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR (oorzaak arbeidsongeschiktheid invullen)

Ik ga ermee akkoord dat de bovengenoemde arts en/of specialist aan de medisch adviseur van Algemene Zeeuwse de gewenste inlichtingen verschaft inzake de in deze machtiging genoemde klacht/aandoening.

MACHTIGING DOOR

naam

geboortedatum (d-m-j)

datum (d-m-j)

plaats

handtekening