Declaratie formulier
Ziekteverzuim verzekering

Schade*kantoor*.nl
Hamelbergstraat 7
6611 KM Overasselt
T: 024-397 6787
E: info@schadekantoor.nl
I: www.schadekantoor.nl

Contactgegevens Schade*kantoor*.nl **Dossiernummer:** _____ **Relatie nr:** _____
Maatschappij: _____
Polisnummer: _____ **Schadenummer:** _____

Verzekeringsnemer _____ Contactpersoon _____
Adres _____ Telefoon _____
Postcode/Plaats _____ Uitkering via ☐ IBAN nr. _____
☐ anders: _____

Naam en voorletters werknemer	Bruto salaris	Part-time	1e dag ziekte	Datum herstel	AO	Datum uit dienst
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	
		%			%	

NB: opzettelijk onjuist verstrekte gegevens doen elk recht op uitkering vervallen.

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

Plaats: _____ **Datum:** _____ **Handtekening:** _____