Melding arbeidsongeschiktheid en ongevallen

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:** _____

Verzekerde

Persoonlijke informatie

naam & voornamen _____
adres _____
postcode & woonplaats _____
geboortedatum _____
telefoon _____
e-mail _____
bankrekeningnummer _____
burgerlijke staat ☐ gehuwd ☐ ongehuwd ☐ samenwonend

Ziekte / Letsel

Informatie

welke klachten heeft u? _____
sinds wanneer? _____
heeft u al eerder dezelfde klachten gehad? ☐ nee ☐ ja, welke periode: _____

Behandeling

Gegevens

huisarts _____
_____
op welke datum werd de huisarts voor het eerst geraadpleegd? _____

behandeling specialist? ☐ nee ☐ ja, naam en adres _____
_____

medicijnen voorgeschreven? ☐ nee ☐ ja, welk medicijn _____
_____

ziekenhuis opname? ☐ nee ☐ ja, welk ziekenhuis _____
wanneer _____

operatie plaatsvinden? ☐ nee ☐ ja, welke operatie _____
wanneer _____

Ongeval **LET OP: alleen invullen bij een ongeval**

datum en plaats ongeval _____
proces verbaal opgemaakt ☐ nee ☐ ja
hoe gebeurde het ongeval _____
_____

Arbeidsongeschiktheid **LET OP: alleen invullen bij een arbeidsongeschiktheid**

op welke datum heeft u uw werk gestaakt? _____
voor welk percentage acht u zichzelf arbeidsongeschikt? _____
welke van uw beroepswerkzaamheden kunt u nu niet verrichten? _____
_____
hoe wordt uw uitval binnen het bedrijf opgevangen? _____
_____
wanneer verwacht u uw werk te kunnen hervatten? _____
_____

Melding arbeidsongeschiktheid en ongevallen

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

Beroep

Informatie

wat is uw beroep _____

bent u in loondienst ☐ nee ☐ ja

zelfstandig ondernemer ☐ nee ☐ ja

heeft u personeel ☐ nee ☐ ja, hoeveel? _____

is het bedrijf uw eigendom ☐ nee ☐ ja

bedrijfsadres _____

website _____

waaruit bestaan uw dagelijkse werkzaamheden _____

de arbeid is: _____ uur leidinggevend _____ uur meewerkend _____ uur administratief

hoeveel kilometer reist u per auto voor uw beroep? _____ kilometer per dag / maand / jaar *

Indien u zelfstandig ondernemer bent, wat is het gemiddelde van uw aandeel in de winst uit onderneming vóór ondernemersaftrek volgens de Wet inkomstenbelasting in de afgelopen drie jaar?

☐ minder van € 10.000,- ☐ € 40.000,- tot € 50.000,-

☐ € 10.000,- tot € 20.000,- ☐ € 50.000,- tot € 60.000,-

☐ € 20.000,- tot € 30.000,- ☐ € 60.000,- tot € 70.000,-

☐ € 30.000,- tot € 40.000,- ☐ € 70.000,- en meer, namelijk: € _____

Indien u in loondienst of DGA bent, wat is het gemiddelde van uw loon in de zin van de Wet inkomstenbelasting / loonbelasting in de afgelopen drie jaar? (Bij dit loon dienen vakantiegeld, gratificaties, tantièmes en dividend te worden meegerekend)

☐ minder van € 10.000,- ☐ € 40.000,- tot € 50.000,-

☐ € 10.000,- tot € 20.000,- ☐ € 50.000,- tot € 60.000,-

☐ € 20.000,- tot € 30.000,- ☐ € 60.000,- tot € 70.000,-

☐ € 30.000,- tot € 40.000,- ☐ € 70.000,- en meer, namelijk: € _____

verricht u behalve uw hoofdberoep nog bijwerk? ☐ nee ☐ ja, welk en sinds wanneer? _____

zijn er na ingangsdatum van de verzekeringen wijzigingen gekomen in uw beroepswerkzeemheden?

☐ nee ☐ ja, welke? _____

Voorzieningen elders

Informatie

ontvangt u een wettelijke uitkering (bijv. WAO, ABW, WAZ) ☐ nee ☐ ja

zo ja, welk A.O. percentage? _____

welk uitvoeringsorgaan _____

welk registratienummer _____

heeft u ook bij een andere maatschappij een arbeidsongeschiktheidsverzekeringen? ☐ nee ☐ ja

zo ja, bij welke maatschappij _____

polisnummer _____ verzekerde bedragen € _____

Ondertekening:

Ondergetekende verklaart dat alle vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord en niets is verzwegen wat voor de beoordeling van deze melding van belang kan zijn. Tevens verklaart ondergetekende ermee akkoord te gaan dat de medisch adviseur van uw verzekeraar aan de schadebehandelaar(s) de medische gegevens verstrekt die van belang zijn bij de behandeling van deze melding

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