

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	<input type="text"/>
2. Voorna(a)m(en)	<input type="text"/>
3. Adres	Straat <input type="text"/> Postcode en Plaats <input type="text"/>
4. Telefoon	Thuis <input type="text"/> Werk <input type="text"/>
5. E-mailadres	<input type="text"/>
6. Geboortedatum	<input type="text"/>
7. Bankgegevens	IBAN <input type="text"/> BIC <input type="text"/>
8. Burgerservicenummer	<input type="text"/>
9. NAW-gegevens van uw huisarts	<input type="text"/>

Sectie B - Werkzaamheden

1. Beroep	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> loondienst <input type="checkbox"/> zelfstandig
2a. Sinds	<input type="text"/> →
2b. Aantal uren per week:	<input type="text"/>
3. Omschrijving werkzaamheden	<input type="text"/>
4. Bedrijfsnaam Werkgever	<input type="text"/>
5. Adres	Straat <input type="text"/> Postcode en Plaats <input type="text"/>
6. Telefoonnummer	<input type="text"/>

Sectie C - Gegevens m.b.t. arbeidsongeschiktheid

1. Omschrijving ziekte / ongeval	<input type="text"/>
2. Op welke datum begon uw ziekte / vond het ongeval plaats?	<input type="text"/>
3. Op welke datum hebt u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?	<input type="text"/>
4. Bent u in een ziekenhuis behandeld? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, van	<input type="text"/> tot <input type="text"/>
Indien ja, welk ziekenhuis (naam en adres)?	<input type="text"/>
5a. Datum laatste werkdag: <input type="text"/> →	5b. Ik verwacht het werk te hervatten op: <input type="text"/>
6. In geval van ziekte, hebt u eerder aan deze klachten geleden?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, van <input type="text"/> tot <input type="text"/>
7a. Ontvangt u een uitkering/is er een uitkering aangevraagd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> ZW <input type="checkbox"/> WIA
Anders, nl.	<input type="text"/>
7b. Hebt u de aangevraagde uitkering ook toegewezen gekregen? (gaarne bevestiging van het uwv meezenden)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, Arbeidsongeschiktheidspercentage: <input type="text"/> %
8. Hebt u eerder een schade-uitkering onder deze verzekering ontvangen? Indien ja, graag schadenummer vermelden.	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/>
9. Ontvangt u een schade-uitkering onder een andere arbeidsongeschiktheidsverzekering? Indien ja, van welke maatschappij?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/>

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	<input type="text"/>
Naam Verzekerde	<input type="text"/>
Handtekening Verzekerde	<input type="text"/>

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?

- Controleer of alle vragen (sectie A t/m F) zijn ingevuld.
- Controleer of de verklaring van de arts is ingevuld en ondertekend.
- 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.
- Dit schadeformulier dient binnen 30 dagen na de schadedatum te worden geretourneerd aan:

Clare | Claims en Regres BV
 T.a.v. Jubilee Schade
 Postbus 23212
 3001 KE Rotterdam

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