



Hoe meldt u uw claim?

Wilt u aanspraak maken op uw verzekering in verband met bijvoorbeeld werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit, ziekenhuisdaggeld, ernstige aandoeningen of overlijden? Download dan een meldingsformulier van deze website. U stuurt dit volledig ingevulde en ondertekende meldingsformulier naar:

Waard Verzekeringen B.V.
ter attentie van de medische dienst (als er medische gegevens worden vermeld of meegestuurd)
Postbus 68
1687 ZH WOGNUM

Of per e-mail: medischedienst@waardverzekeringen.nl

Het in behandeling nemen van uw claim

Binnen 2 werkdagen nadat wij het meldingsformulier hebben ontvangen nemen wij uw claim in behandeling.

Het in behandeling nemen van uw claim betekent dat het meldingsformulier en alle meegestuurde gegevens worden beoordeeld.

- Als u niet alle benodigde, originele gegevens heeft opgestuurd krijgt u een brief waarin wij vragen om de ontbrekende gegevens. Wij kunnen uw claim dan nog niet verder in behandeling nemen.
- Als er informatie opgevraagd moet worden bij een arts of een medisch specialist, dan schrijven wij deze aan met het verzoek informatie te verstrekken. Wij wachten maximaal 3 weken op deze informatie, voor wij een herhalingsbrief sturen. Wij houden u hiervan op de hoogte.

Het beoordelen van de opgevraagde informatie

De opgevraagde informatie wordt zo snel mogelijk, maar zeker binnen 2 weken na ontvangst, door ons beoordeeld.

Opvragen aanvullende informatie

Soms geeft de ontvangen informatie aanleiding tot meer vragen. In dat geval zullen wij nog een keer schriftelijk informatie opvragen bij uzelf of uw arts. Wij houden u hiervan op de hoogte.

Hoe gaat het verder als we alle informatie hebben ontvangen

Hebben we alle informatie gekregen? Dan beoordeelt de medische dienst uw medische gegevens. Alleen medewerkers van de medische dienst en de medisch adviseur kunnen uw medische gegevens inzien.

De claimbehandelaar beslist

De claimbehandelaar toetst de verzamelde informatie en het advies van de medische dienst aan de voorwaarden van uw verzekering. Op basis hiervan neemt de claimbeoordelaar een besluit.

Wij informeren u over de claimbeslissing

U ontvangt van ons een brief waarin u leest of u recht heeft op een uitkering of niet. Heeft u geen recht heeft op een uitkering? Dan leest u ook gelijk waarom niet.

Opvragen aanvullende informatie bij overlijden

Soms vragen wij u op dit moment nog om bepaalde gegevens aan ons te sturen. Dit kan bijvoorbeeld een verklaring van erfrecht zijn om vast te stellen wie er precies recht heeft op het uitkeringsbedrag en/of een kopie van een bankafschrift, een kopie van een legitimatiebewijs enz. Wij vragen hier pas om als zeker is dat u een uitkering van ons krijgt.



Hoe lang duurt de afhandeling van uw claim?

De gemiddelde duur van de afhandeling van een claim is afhankelijk van de dekking:

- Arbeidsongeschiktheid: 90 dagen
- Ziekenhuisdaggeld: 60 dagen
- Werkloosheid: 60 dagen
- Overlijden: 60 dagen
- Ernstige aandoeningen: 90 dagen
- Blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval: de claim wordt uiterlijk 2 jaar na het ongeval afgerond. Het is hierbij belangrijk dat de blijvende graad van invaliditeit is vastgesteld.

Soms duurt de afhandeling van uw claim langer omdat de opgevraagde informatie niet wordt opgestuurd. U kunt er zelf ook voor zorgen dat uw claim zo snel mogelijk wordt afgehandeld. Dit doet u door de gevraagde informatie op te sturen of door de arts die wij hebben aangeschreven te vragen de gevraagde informatie aan ons op te sturen.

Originele documenten

In sommige gevallen vragen wij u om ons originele documenten te sturen.

Van de volgende documenten willen wij altijd het origineel zien:

- Akte van overlijden (wordt door ons altijd aan u teruggestuurd).
- Verklaring van erfrecht (wordt door ons altijd aan u teruggestuurd).

Soms zijn kopieën van documenten onduidelijk of roepen zij vragen op. Ook dan kunnen wij u vragen van deze documenten het origineel op te sturen.

Het opvragen van originele documenten is nodig omdat wij zo zorgvuldig mogelijk moeten vaststellen of en wanneer bepaalde feiten zich hebben voorgedaan en om ervoor te zorgen dat wij ook echt uitkeren aan degene(n) die recht heeft/hebben op de uitkering.

Alle regels en procedures die wij hanteren zijn gericht op de zorgvuldigheid van de afhandeling van de claim. Dit komt de snelheid van de afhandeling niet altijd ten goede, maar wij stellen kwaliteit boven kwantiteit. Deze kwaliteit en zorgvuldigheid nemen wij in acht naar u, als klant, maar ook richting de verzekeraar waar wij voor werken.