

Meldingsformulier

Aangeven op welke dekking u aanspraak maakt: *(dit staat op uw polisblad)*

- Arbeidsongeschiktheid
- Ziekenhuisdaggeld
- Ernstige aandoeningen
- Blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval

Belangrijke informatie: Voor u dit formulier invult vragen wij u eerst onderstaande aanwijzingen aandachtig door te lezen. U kunt informatie over de claimprocedure vinden op onze website www.waardverzekeringen.nl/uitkeringsprocedure

Voeg bij het formulier de volgende documenten toe

Om uw claim in behandeling te kunnen nemen hebben wij altijd de volgende gegevens van u nodig:

- Kopie bankafschrift (of uitdraai internetbankieren) waarop uw rekeningnummer en uw naam als rekeninghouder staan vermeld.
- Een kopie van de in uw bezit zijnde, medische informatie over het letsel, de ziekte of aandoening die u heeft.
- Kopie geldig legitimatiebewijs. U moet uw foto en het BSN afschermen. Bent u arbeidsongeschikt? Dan moet u alleen uw foto afschermen. Wij hebben uw BSN dan namelijk nodig om een eventuele uitkering op te geven bij de Belastingdienst.

Als u aanspraak maakt op de dekking arbeidsongeschiktheid ook de volgende gegevens:

- Kopie rapportages van (bedrijfs)arts, arbodienst en/of het UWV.

Als u aanspraak maakt op de dekking ziekenhuisdaggeld:

- Bevestiging van het ziekenhuis of de instelling dat u opgenomen bent geweest (met opname- en ontslagdatum).

Als u aanspraak maakt op de dekking blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval:

- Bevestiging van uw blijvende invaliditeit en het ongeval door de behandelend artsen/specialisten.
- Kopie van het proces-verbaal (als dit is opgemaakt).
- Als u deze in uw bezit heeft: kopie rapportages van (bedrijfs)arts, arbodienst en/of het UWV.

Als u aanspraak maakt op de dekking ernstige aandoeningen hebben wij geen extra informatie nodig.

Extra informatie

De medisch adviseur van Waard Verzekeringen kan als dit nodig is extra informatie opvragen bij uw huisarts, behandelend specialist en/of uw bedrijfsarts.

Bescherming persoonsgegevens

De persoonsgegevens die u op dit formulier invult en meestuurt hebben wij nodig om te beoordelen of er recht bestaat op een uitkering. Wij gaan hier zorgvuldig mee om. Deze persoonsgegevens worden door ons verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren daarvan. Deze gegevens worden ook gebruikt ter bestrijding en voorkoming van fraude. De verwerking van uw persoonsgegevens is vastgelegd in een register onder toezicht van onze Functionaris Gegevensbescherming. Ons privacybeleid kunt u vinden op onze website www.waardverzekeringen.nl

Vragen?

Heeft u nog vragen over dit formulier? Neem dan gerust contact met ons op. Wij zijn bereikbaar per e-mail claim@waardverzekeringen.nl of tijdens kantooruren op telefoonnummer 088 - 374 1040. Of kijk op www.waardverzekeringen.nl voor het antwoord op veel gestelde vragen.

U kunt dit meldingsformulier met bijlagen zenden aan:

Waard Verzekeringen Postbus 68 medischedienst@waardverzekeringen.nl
T.a.v. de medische dienst 1687 ZH WOGNUM

Altijd invullen:

ALGEMENE GEGEVENS VAN VERZEKERDE

Naam	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>
Straat	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	(dd-mm-jjjj)	
Geslacht	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw	
IBAN	<input type="text"/>		
Polisnummer	<input type="text"/>		
E-mailadres	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>		
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Zo ja, sinds wanneer?	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	(dd-mm-jjjj)	
Zo nee, heeft u in het verleden gerookt?			
Ja, van	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	tot	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
(dd-mm-jjjj)			
Nee			

*Invullen bij arbeidsongeschiktheid:***GEGEVENS WERK EN BEROEP**Welk beroep heeft/had u? Sinds wanneer oefent u dit beroep uit? - (maand en jaar vermelden)Gedurende hoeveel (contract)uren per week bent/was u werkzaam? uur per weekWas u op het moment van ziekmelding in loondienst werkzaam Ja Nee

Als u zelfstandig ondernemer bent of was dan graag uittreksel KvK meesturen.

Als u een WW-uitkering ontving, sinds wanneer ontving u deze uitkering?

 - - (dd-mm-jjjj)Naam controlerende arbodienst Naam controlerende arbo-arts Straat en huisnummer Postcode en plaats *Invullen bij arbeidsongeschiktheid:***GEGEVENS INKOMSTEN**

Bestaat er op dit moment recht op (zo ja, sinds wanneer)

Loondoorbetaling door werkgever sinds: - - (dd-mm-jjjj)Ziektewetuitkering sinds: - - (dd-mm-jjjj)Werkloosheidswetuitkering sinds: - - (dd-mm-jjjj)WAO/WIA-uitkering sinds: - - (dd-mm-jjjj)Andere uitkering, nl.: sinds: - - (dd-mm-jjjj)Is het risico op arbeidsongeschiktheid ook ergens anders verzekerd? Ja NeeZo ja, bij welke maatschappij? Polisnummer Verzekerde maandtermijn Ingangsdatum: - - (dd-mm-jjjj)Einddatum: - - (dd-mm-jjjj)

Invullen bij arbeidsongeschiktheid:

GEGEVENS ZIEKMELDING

Wanneer heeft u zich ziek gemeld bij uw werkgever of het UWV?

Exacte datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(dd-mm-jjjj)		
Bent u op dit moment weer (gedeeltelijk) aan het werk?	Ja	Nee				
Zo ja, sinds wanneer?	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	(dd-mm-jjjj)
In hoeverre?	geheel	gedeeltelijk, voor	<input type="text"/>	%		
Is er hierbij sprake van arbeidstherapie?	Ja	Nee				
Hoe lang zal de arbeidsongeschiktheid vermoedelijk nog duren?	<input type="text"/>					

Heeft u zich al eens eerder ziek gemeld bij uw werkgever of het UWV?

Ja, van	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	tot	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	(dd-mm-jjjj)
ten gevolge van	<input type="text"/>											
van	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	tot	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	(dd-mm-jjjj)
ten gevolge van	<input type="text"/>											
van	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	tot	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	(dd-mm-jjjj)
ten gevolge van	<input type="text"/>											

Nee

Altijd invullen

MACHTIGING UITWISSELING GEGEVENS BIJ VERZEKERINGEN VAN VERSCHILLENDE VERZEKERAARS

Hierbij geef ik toestemming aan Waard Verzekeringen en de medisch adviseur van Waard Verzekeringen om de gegevens die worden verstrekt voor de afhandeling van deze claim te gebruiken voor de afhandeling van alle bij Waard Verzekeringen in behandeling zijnde claims van de volgende verzekeraars:

Waard Leven N.V., Waard Schade N.V., BNP Paribas Cardif Levensverzekeringen N.V., BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., SNS Reaal Levensverzekeringen N.V., The Warranty Group (TWG), Combined Life Assurance Ltd.

Let op: U kunt deze toestemming op elk moment weer intrekken, maar dat kan tot gevolg hebben dat wij niet al uw claims kunnen afhandelen.

Plaats Datum - - (dd-mm-jjjj)

Naam Handtekening

Medische vragenlijst



Invullen bij arbeidsongeschiktheid, ziekenhuisdaggeld en ernstige aandoeningen:

GEGEVENS ZIEKTE

Welke klachten, ziekte of aandoening heeft u? (diagnose vermelden)

Wanneer hebben de eerste verschijnselen zich voorgedaan?

 - - (dd-mm-jjjj)

Wanneer bent u hiermee voor het eerst bij een arts geweest? (Exacte datum vermelden)

 - - (dd-mm-jjjj)

(naam arts en specialisme)

Bij welke arts bent u geweest?

Welke behandelingen heeft u ondergaan?

Waaruit bestaat de huidige behandeling?

Gebruikt u medicijnen?

Ja

Nee

Zo ja, welke? (naam en dosering vermelden)

Heeft u al eerder soortgelijke klachten gehad?

Ja

Nee

Zo ja, wanneer?

 - - (dd-mm-jjjj)

Bent u eerder onder behandeling geweest bij een arts of specialist?

Ja

Nee

Zo ja, bij wie?

 (naam arts en specialisme)

Datum behandeling(en)

 - - (dd-mm-jjjj) - - (dd-mm-jjjj) - - (dd-mm-jjjj)

Altijd invullen:

GEGEVENS BEHANDELLENDE ARTSEN

Naam huisarts

Geslacht

man

vrouw

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Sinds wanneer staat u bij deze huisarts ingeschreven?

Datum

 - - (dd-mm-jjjj)

Naam specialist (1)

Geslacht

man

vrouw

Specialisme

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Naam specialist (2)		Geslacht	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
Specialisme		Telefoonnummer		
Straat		Huisnummer		
Postcode		Plaats		

(a.u.b. ook de voorletter(s) van de arts vermelden)

Altijd invullen als u opgenomen bent geweest:

GEGEVENS OPNAME IN ZIEKENHUIS OF INSTELLING

Bent u in verband met uw ziekte, aandoening of het ongeval opgenomen (geweest) in een ziekenhuis of andere instelling? Ja Nee

Zo ja, van - - tot - - (dd-mm-jjjj)

Naam ziekenhuis/instelling

Reden opname

Is er nog een opname geweest? Ja Nee

Zo ja, van - - tot - - (dd-mm-jjjj)

Naam ziekenhuis/instelling

Reden opname

Is er nog een opname geweest? Ja Nee

Zo ja, van - - tot - - (dd-mm-jjjj)

Naam ziekenhuis/instelling

Reden opname

Invullen bij blijvende invaliditeit, ziekenhuisdaggeld en bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ongeval:

GEGEVENS ONGEVAL

Wanneer vond het ongeval plaats? - - (dd-mm-jjjj) uur

Waar vond het ongeval plaats?

Wat was de oorzaak van het ongeval?

Omschrijving en toedracht van het ongeval

Waaruit bestaat uw letsel?

Bestaat er een kans op blijvend letsel? Ja Nee

Zo nee, per wanneer is er volledig herstel te verwachten?

Welke behandelingen heeft u ondergaan?

Waaruit bestaat de huidige behandeling?

Gebruikt u medicijnen? Ja Nee

Zo ja, welke en wat is de dosering?

Zijn er in de toekomst nog behandelingen te verwachten? Ja Nee

Zo ja, welke en wanneer?

Is er een proces-verbaal opgemaakt? Ja Nee

Zo ja, graag een kopie van het proces-verbaal meesturen!

Altijd invullen

MEDISCHE MACHTIGING

Naam		Voorletters		
Straat		Huisnummer		
Postcode		Plaats		
Geboortedatum		-	-	(dd-mm-jjjj)
Geslacht	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw		

Ondergetekende (verzekerde) verklaart dat hij/zij machtiging verleent aan de medisch adviseur van Waard Verzekeringen om kennis te nemen van zijn medische gegevens en/of dossier(s) met betrekking tot:

(Aandoening/letsel/ziekte vermelden)

En geeft hierbij ook toestemming aan iedereen die betrokken is bij de medische behandeling en/of controle van de hierboven genoemde aandoening om alle inlichtingen over zijn/haar gezondheidstoestand aan de medisch adviseur van Waard Verzekeringen te geven.

Daarnaast geeft ondergetekende toestemming aan de medisch adviseur van Waard Verzekeringen om die medische gegevens, voor zover de medisch adviseur dat van belang vindt voor behandeling van de zaak te delen met:

- (claim)behandelende medewerkers van Waard Verzekeringen;
- behandelende / keurende artsen;
- verzekeringsgeneeskundige c.q. medisch adviseur van de uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringswetten en van de arbodiensten;
- rechtbank of andere rechtsprekende instantie.

Ondergetekende verklaart verder dat hij/zij:

- de informatie op dit formulier begrijpt;
- alle vragen volledig naar waarheid heeft beantwoord;
- begrijpt dat onjuiste of onvolledige antwoorden op dit formulier gevolgen kunnen hebben voor het recht op uitkering uit deze verzekering;
- uitdrukkelijk toestemming geeft voor het gebruik van de (medische) gegevens op dit formulier voor beoordeling en vaststelling van de aangevraagde uitkering.

Let op: U kunt deze toestemming op elk moment weer intrekken, maar dat kan tot gevolg hebben dat wij uw claim niet kunnen afhandelen.

Plaats		Datum		-		-		(dd-mm-jjjj)
--------	--	-------	--	---	--	---	--	--------------

Naam		Handtekening	
------	--	--------------	--