

Meldingsformulier premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid



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

Altijd

- Een kopie van een geldig legitimatiebewijs. Uw foto en het BSN moet u afschermen.

Bent u in loondienst?

- Een kopie van de eerstejaarsevaluatie die de bedrijfsarts heeft opgesteld.
- Kopieën van de spreekuurverslagen van de bedrijfsarts over het tweede ziektejaar.

Bent u zelfstandige?

- Een kopie van de rapportages van de keuring die uw verzekeraar heeft laten uitvoeren.
- Een kopie van de toekenningsbeslissing waaruit blijkt voor welk percentage u arbeidsgeschikt bent.

Ontvangt u een uitkering van het UWV? (ZW-uitkering of een WIA-uitkering)

ZW-uitkering:

- Een kopie van de volledige toekenningsbeslissing van het UWV waarin staat dat u een ZW-uitkering krijgt.
- Een kopie van de Eerstejaars Ziektewet-beoordeling.

WIA-uitkering:

- Een kopie van de volledige toekenningsbeslissing van het UWV waarin staat dat u een WIA-uitkering krijgt.
- Een kopie van de verzekeringsgeneeskundige rapportage.
- Een kopie van de medische rapportage van de verzekeringsarts (u kunt deze alleen bij de verzekeringsarts opvragen).
- Een kopie van de arbeidsdeskundige rapportage.

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
T.a.v. claimafhandeling

Postbus 68
1687 ZH WOGNUM

medischediens@waardverzekeringen.nl

ALGEMENE GEGEVENS VAN VERZEKERDE

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

GEGEVENS WERK, BEROEP EN INKOMSTEN

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 week

Was u op het moment van ziekmelding in loondienst werkzaam Ja Nee

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

Ontvangt u op dit moment een uitkering van het UWV?
Zo ja, welke uitkering en sinds wanneer?

Uitkering Datum - - (dd-mm-jjjj)

GEGEVENS ZIEKMELDING

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

Exacte datum (dd-mm-jjjj)

Bent u op dit moment weer (gedeeltelijk) aan het werk? Ja Nee

Zo ja, sinds wanneer? - - (dd-mm-jjjj)

In hoeverre? geheel gedeeltelijk, voor %

Is er hierbij sprake van arbeidstherapie? Ja Nee

Hoe lang zal de arbeidsongeschiktheid vermoedelijk nog duren?

ONDERTEKENING

Plaats Datum - - (dd-mm-jjjj)

Naam Handtekening

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)

GEGEVENS HUISARTS

Naam huisarts

Geslacht

man

vrouw

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Sinds wanneer staat u bij deze huisarts ingeschreven?

Datum

 - - (dd-mm-jjjj)

ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart dat hij/zij:

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

Plaats

Datum

 - - (dd-mm-jjjj)

Naam

Handtekening

Let op: vergeet niet de gevraagde documenten bij te voegen!