

Gecombineerd meldingsformulier

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

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

Welke gegevens hebben wij van u nodig?

Om uw claim in behandeling te kunnen nemen hebben wij dit meldingsformulier ingevuld en ondertekend van u nodig. Het meldingsformulier bestaat uit een algemeen gedeelte en een medisch gedeelte. Ook moet u een aantal documenten met het formulier meesturen.

De volgende gegevens hebben wij altijd 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.

Hieronder kunt u per dekking zien welke gegevens wij nog meer nodig hebben:

Dekking arbeidsongeschiktheid:

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

Dekking ziekenhuisdaggeld:

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

Dekking blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval:

- Bevestiging van uw blijvende invaliditeit en het ongeval door de behandelend arts en 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.

Hoe ziet de claimprocedure eruit?

U kunt informatie over de claimprocedure vinden op onze website www.waardverzekeringen.nl/uitkeringsprocedure

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 tussen 09.00 en 15.00 uur op telefoonnummer 088 - 374 10 00 (optie 2). Of kijk op www.waardverzekeringen.nl voor het antwoord op veel gestelde vragen.

U kunt dit meldingsformulier met bijlagen sturen naar:

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

Altijd invullen:

Algemene gegevens van verzekerde

Naam		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Geboortedatum		-	(dd-mm-jjjj)
Geslacht	☐ man	☐ vrouw	
IBAN			
Polisnummer			
E-mailadres			
Telefoonnummer			
Rookt u?	Ja	Nee	
Zo ja, sinds wanneer?		-	(dd-mm-jjjj)
tot wanneer?		-	(dd-mm-jjjj)
Zo nee, heeft u in het verleden gerookt?			
Ja, van		-	tot (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 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.			
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 Nee

Zo 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 (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?

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

Ja, van - - tot - - (dd-mm-jjjj)

ten gevolge van

van - - tot - - (dd-mm-jjjj)

ten gevolge van

van - - tot - - (dd-mm-jjjj)

ten gevolge van

Nee

Invullen bij arbeidsongeschiktheid, ziekenhuisdaggeld en ernstige aandoeningen:

Gegevens ziekte

Door welke lichamelijke of psychische klacht bent u arbeidsongeschikt/opgenomen geweest in het ziekenhuis/of welke ernstige aandoening heeft u?

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

 - - (dd-mm-jjjj)

Wanneer bent u hiervoor voor het eerst bij een arts geweest? Welke arts was dit?

 - - (dd-mm-jjjj)

Door welke lichamelijke of psychische klacht bent u arbeidsongeschikt/opgenomen geweest in het ziekenhuis/of welke ernstige aandoening heeft u?

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

 - - (dd-mm-jjjj)

Wanneer bent u hiervoor voor het eerst bij een arts geweest? Welke arts was dit?

 - - (dd-mm-jjjj)

Door welke lichamelijke of psychische klacht bent u arbeidsongeschikt/opgenomen geweest in het ziekenhuis/of welke ernstige aandoening heeft u?

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

 - - (dd-mm-jjjj)

Wanneer bent u hiervoor voor het eerst bij een arts geweest? Welke arts was dit?

 - - (dd-mm-jjjj)

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)

Welke klachten had u?

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

Ja

Nee

Zo ja, voor welke klachten?

 (naam arts en specialisme)

Datum behandeling(en)

 - - (dd-mm-jjjj)

 - - (dd-mm-jjjj)

 - - (dd-mm-jjjj)

Altijd invullen:

Gegevens behandelende 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	☐ man	☐ 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	☐ man	☐ 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						