

WGA-eigenrisicoverzekering

schade meldingsformulier

Let op! Alleen volledig ingevulde formulieren nemen wij in behandeling.

1. GEGEVENS WERKGEVER/VERZEKERINGNEMER

bedrijfsnaam

polisnummer

naam contactpersoon

man

vrouw

2. PERSOONLIJKE GEGEVENS WERKNEMER

naam en voorletters

man

vrouw

straat en huisnummer

postcode

plaats

telefoon

mobiel

e-mail

geboortedatum (d-m-j)

nationaliteit

burgerservicenummer

beroep of functie

arbeidsovereenkomst fulltime parttime, aantal uren

indiensttreding huidige werkgever (d-m-j)

datum uitdiensttreding werkgever (indien van toepassing) (d-m-j)

3. GEGEVENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Sinds wanneer is uw werknemer arbeidsongeschikt? (d-m-j)

Is uw werknemer geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt? geheel gedeeltelijk

%

aantal uren per week

Is de (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid van uw werknemer het gevolg van ziekte of een ongeval?

ziekte

ongeval, is een derde aansprakelijk voor het ongeval?

nee

ja, is de schade te verhalen op de aansprakelijke derde?

ja

nee

Wat is de herstelverwachting?

binnen 3 maanden

binnen 6 maanden

binnen 12 maanden

geen herstelverwachting

BENODIGDE DOCUMENTEN

Om het recht op uitkering en re-integratiemogelijkheden te kunnen beoordelen, hebben we informatie van u nodig. Wilt u aankruisen over welke de documenten u beschikt en deze meesturen met de Schademelding?

- re-integratieverslag
- eerstejaarsevaluatie
- beschikking UWV (met arbeidsdeskundige bijlage)
- uitkeringsspecificaties UWV (alleen van toepassing bij de WGA-eigenrisicoverzekering)
- Politierapport en aansprakelijkstelling van de derde (indien u heeft aangegeven dat de (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid het gevolg was van een ongeval waarbij de schade mogelijk op een derde verhaald kan worden.)

4. ONDERTEKENING

Medische gegevens worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de behandeling van uw aanspraak kan het noodzakelijk zijn dat de medisch adviseur één of meer behandelaars inschakelt, bijvoorbeeld de schaderegelaar, de arbeidsdeskundige of andere specialisten. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaars alleen die informatie verstrekken, die voor de afhandeling van de claim belangrijk is. Bij deze eventuele verstrekking van informatie rust op de behandelaars een afgeleide geheimhoudingsplicht.

U verklaart met de ondertekening de bovenstaande vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord, volledige en juiste informatie te hebben verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot de aanspraak op uitkering te hebben verzwegen.

U verklaart bekend te zijn met de inhoud van dit formulier.

De door u verstrekte persoonsgegevens worden door De Goudse verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten, het voorkomen en bestrijden van fraude jegens financiële instellingen, statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op dit alles is de gedragscode 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Diensten' van toepassing. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl of van de Nederlandse Vereniging van Banken www.nvb.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars: Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 85 00 of bij de Nederlandse Vereniging van Banken: Postbus 3543, 1001 AH Amsterdam, telefoon (020) 550 28 88.

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Dit systeem is eigendom van de Stichting CIS, gevestigd op de Bordewijklaan 2, 2591 XR Den Haag, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, www.stichtingcis.nl. Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 9 augustus 2002 gedaan bij het College bescherming persoonsgegevens (meldingsnummer 1029513).

datum (d-m-j)	plaats	handtekening verzekeringnemer
---------------	--------	-------------------------------

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunt u voorleggen aan:

- Klachtencommissie De Goudse, Postbus 9, 2800 MA Gouda;
- Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900 - 355 22 48, www.kifid.nl.

INTERMEDIAIR

naam en voorletters	intermediairnummer
---------------------	--------------------