

Schade-aangifte WIA/WGA Collectief

Verzekeringnemer

Naam bedrijf _____
Polisnummer(s) _____

Werknemer

Geboortedatum _____ Man Vrouw
Burgerservicenummer _____
Naam en voorletters _____
Adres _____
Postcode en plaatsnaam _____
Telefoon _____
Bankrekeningnummer (IBAN) _____

Vragen 1 t/m 12 altijd invullen

1 Beroep/functie

Sinds _____
Korte omschrijving beroepswerkzaamheden _____

Percentage dienstverband _____ %

Aantal normale werkuren per week _____

Percentage loondoorbetaling tijdens het 2e ziektejaar
 70% Anders, namelijk _____ %

2 Heeft u een WIA-uitkering aangevraagd?

Ja Nee

Zo ja, wordt die uitkering ook ontvangen? Ja Nee, reden _____

3 Op welke datum is het ziekteverzuim begonnen?

4 U heeft klachten waardoor u nu arbeidsongeschikt bent

Heeft u deze klachten eerder gehad? Ja Nee

Zo ja, in welke periode? van _____ tot _____

5 Voor welk percentage bent u arbeidsongeschikt volgens de bedrijfsarts?

_____ %

6 Is er een reïntegratieplan opgesteld?

Ja Nee

Zo ja, op welke datum? _____

7 Is uw arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een ongeval?

Ja Nee

Zo ja, is het ongeval veroorzaakt door iemand anders? Ja Nee

Ondertekening

Ik zal direct informeren over wijzigingen in mijn arbeidsongeschiktheidspercentage.
Ook meld ik direct wijzigingen in mijn uitkering die ik krijg van een sociale verzekering.

Ik heb alle vragen naar waarheid ingevuld.

Plaats

Datum

Handtekening verzekerde werknemer

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

Dit formulier stuurt u naar het adres te vinden op: nn.nl/inkomen/servicedl.

Alleen in te vullen door de verzekeringsadviseur als de schade via hem wordt gemeld

Naam assurantie-adviseur

Nummer

Schadenummer maatschappij

Referentie assurantie-adviseur

Branche- en polisnummer(s)

Hebt u dit voorval reeds gemeld bij de maatschappij

Ja Nee

Schriftelijk Telefonisch

Datum

Bijlage(n)

Plaats

Datum

Handtekening verzekeringsadviseur

Bewijs van aangifte