

(Voorbehouden)

Referte makelaar

Verzekeraar

Contract

Referte verzekeraar

Aangifte van arbeidsongeschiktheid

| DEEL 1 – IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER

Bedrijf:

Nr groepsverzekering :

De aangeslotene (actief personeel, bruggepensioneerd, gepensioneerd – meisjesnaam voor gehuwde vrouw)

Naam en voornaam :

Adres : Straat:

Nr:

Postcode:

Plaats:

Geboortedatum :

Stamnummer :

Rijksregister Nr:

Taal :

Nederlands

Frans

Geslacht :

Man

Vrouw

Rekeningnummer :

IBAN:

BIC:

Categorie :

Arbeider

Bediende

Kader

Directeur

Zelfstandige

Gedetailleerde jobomschrijving :

Datum van indiensttreding bij het bedrijf :

Werkregime :

%

Bruto-maandloon : €

Tijdskrediet (van

tot

):

%

Ontslag met ingang van :

Duur opzegperiode :

Verbrekingsvergoeding :

Ja

Neen

De arbeidsongeschiktheid is gewettigd door :

Bevalling

Ziekte

Ongeval

Gaat het over een arbeidsongeval ?

Ja

Neen

Datum van de eerste dag afwezigheid van de verzekerde :

De verzekerde heeft het werk hervat :

Voltijds op :

Deeltijds op :

aan

%

Contactpersoon firma :

E-mailadres :

Telefoon :

Elke gedeeltelijke of volledige werkhervatting van de beroepsbezigheid dient onmiddellijk meegedeeld te worden.

Opgemaakt op

Handtekening

(Voorbehouden)

Referte makelaar

Verzekeraar

Contract

Referte verzekeraar

Aangifte van arbeidsongeschiktheid

| DEEL 2 – IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE

Uw naam :

Uw voornaam :

Uw E-mailadres :

Telefoon :

Rekeningnummer :

IBAN:

BIC:

Let op! Document verplicht bij te voegen

Een attest van uw ziekenfonds (in geval van ziekte, privéongeval of zwangerschap) of van de wetsverzekeraar (als het een arbeidsongeval betreft). Het attest moet de periodes en percentages van erkenning vermelden en ook de toegekende (dag)vergoeding. Zonder dit attest wordt uw dossier niet verder behandeld.

Medische verklaring in te vullen door uw geneesheer of door uzelf

Aard van het letsel / de aandoening

Datum eerste medische raadpleging :

Opname?

Hebt u deze aandoening als eens gehad?

Wanneer?

Datum eerste behandeling :

Bestaat er een verband met een vroegere ziekte en/of ongeval?

Welke?

Welke is de toegepaste behandeling/medicatie :

Voorziene periode van arbeidsongeschiktheid :

In geval van zwangerschap of bevalling

Reële bevallingsdatum :

Voorziene bevallingsdatum :

Is uw arbeidsongeschiktheid het gevolg van een ongeval? Zo ja, vul dan hier de juiste omstandigheden van het ongeval (plaats? Uur? Voetganger? Vervoermiddel? Competitie of amateursport?) en eventueel PV-nummer politie in.

Om uw dossier vlugger te kunnen behandelen is het aangeraden om een gedetailleerd medisch verslag bij te voegen als uw aandoening van psychische aard is of u minder dan 12 maanden aangesloten bent bij deze verzekering.

Datum en handtekening geneesheer (indien van toepassing)

Voor waar en echt verklaard op

Handtekening verzekerde