

Meldingsformulier arbeidsongeschiktheid

In te vullen door de deelnemer. De deelnemer is de man of vrouw van wie het arbeidsongeschiktheidsrisico is verzekerd.

A. Uw gegevens

Achternaam _____

Voorna(a)m(en) (eerste voluit) _____ man vrouw

Geboortedatum _____ - _____ - _____ (dag-maand-jaar)

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer _____ e-mail: _____

B. Begunstigde arbeidsongeschiktheidsverzekering

De begunstigde is (zie laatste verzekeringsbewijs) de verzekeringnemer de deelnemer

Wat is het bankrekeningnummer van de begunstigde? _____

Ten name van _____

Te _____ (plaats)

C. Vragen over uw beroep

Wat is uw huidige beroep? _____

Hoelang oefent u dit beroep al uit? _____

Hoeveel dagen en uren werkte u gewoonlijk per week? _____ dagen per week _____ uren per week

Welke werkzaamheden verrichtte u gewoonlijk vóór uw arbeidsongeschiktheid en welke werkzaamheden kunt u nu nog verrichten?

Werkzaamheden:

leidinggeven / toezicht houden
administratieve werkzaamheden
commercieel / verkoop
reizen voor uw beroep (geen woon-werkverkeer)
anders, nl. _____

Vóór uw arbeidsongeschiktheid: Nu:

_____ uren per week _____ uren per week
_____ uren per week _____ uren per week
_____ uren per week _____ uren per week
_____ uren per week _____ uren per week
_____ uren per week _____ uren per week

Hoeveel medewerkers heeft uw bedrijf in dienst? _____

Hebt u een nevenberoep? nee ja, namelijk _____

Zo ja:

- Oefent u dit beroep in loondienst uit? nee ja
- Hoeveel uren per week besteedt u hieraan? _____ uren per week
- Welke werkzaamheden? _____

Welke opleidingen hebt u gevolgd? (ook relevante cursussen vermelden s.v.p.)

Opleiding:	Diploma:
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Bezit u alle vereiste vakdiploma's en vergunningen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

D. Inkomensgegevens

Als u DGA, vennoot of lid van maatschap bent: Het verworven jaarlijkse inkomen als DGA, vennoot of lid van de maatschap, inclusief het aandeel in de maatschapswinst dat aan u of uw praktijkvennootschap toekomt of de management fee die in rekening is gebracht en het eventuele dividend op het aandeel.

Als u een zelfstandig gevestigde beroepsuitoefenaar bent: Het verworven jaarlijkse inkomen uit hoofde van de zelfstandige uitoefening van het verzekerde beroep. Hoeveel bedroeg uw inkomen ver de afgelopen drie kalenderjaren?

Kalenderjaar:	Inkomen:	Betreft inkomen uit:
_____	€ _____	<input type="checkbox"/> huidig bedrijf/beroep <input type="checkbox"/> vorig bedrijf/beroep
_____	€ _____	<input type="checkbox"/> huidig bedrijf/beroep <input type="checkbox"/> vorig bedrijf/beroep
_____	€ _____	<input type="checkbox"/> huidig bedrijf/beroep <input type="checkbox"/> vorig bedrijf/beroep
Hoeveel bedraagt uw huidige inkomen (prognose)?	€ _____	

E. Andere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Bent u verzekerd krachtens de Ziektewet en/of de WIA (wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen)?

nee ja, het verzekerde jaarsalaris is € _____

Hebt u ook elders een verzekering voor ongevallen, ziekengeld of arbeidsongeschiktheid? nee ja

Zo ja, s.v.p. graag hieronder invullen

Soort verzekering:	Verzekeraar:	Verzekerd bedrag:	Uitkeringsduur:
_____	_____	€ _____	_____
_____	_____	€ _____	_____
_____	_____	€ _____	_____

Hebt u uw arbeidsongeschiktheid bij de andere verzekeraar(s) gemeld? nee ja niet van toepassing

Zo ja, hebt u nu recht op een uitkering? nee ja, op basis van _____% arbeidsongeschiktheid

F. Gegevens over uw arbeidsongeschiktheid en geneeskundige behandeling

Sinds wanneer hebt u uw werkzaamheden geheel of gedeeltelijk gestaakt? _____ (dag-maand-jaar)

Voor hoeveel procent acht u zich arbeidsongeschikt? _____ %

Worden de werkzaamheden die u niet kunt verrichten overgenomen?

nee ja, namelijk door _____

Wanneer verwacht u weer te kunnen gaan werken? _____ (dag-maand-jaar)

Wie is uw huisarts? naam: _____

plaats: _____

Wat is de oorzaak van uw arbeidsongeschiktheid?

Welke klachten hebt u?

Wanneer hebben de eerste verschijnselen zich voorgedaan? _____ (dag-maand-jaar)

Wanneer hebt u in verband hiermee voor het eerst een arts geraadpleegd? _____ (dag-maand-jaar)

Welke arts was dat? naam: _____

plaats: _____

Door welke arts of specialist wordt u nu behandeld?

naam: _____

plaats: _____

Had u al eerder dezelfde klachten? nee ja

Zo ja, wanneer en hoelang?

Wie was toen de behandelend arts of specialist?

naam: _____

plaats: _____

Verwacht u in de toekomst enig herstel?

Is uw arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een (mogelijk) aansprakelijke derde? nee ja

G. Verklaring en ondertekening

Ondergetekende verklaart:

- de voorgaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt;
- geen bijzonderheden met betrekking tot deze arbeidsongeschiktheid te hebben verzwegen;
- dit meldingsformulier aan de verzekeraar te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Plaats: _____

Datum: _____ - _____ - _____ (dag-maand-jaar)

Naam deelnemer : _____

Handtekening van de deelnemer: _____

Attentie

- U wordt verzocht ons direct te informeren als u weer hersteld bent. Dat geldt ook als u gedeeltelijk hersteld bent. Als u weer gaat werken, meldt u dat dan direct aan ons. Dat geldt ook als u weer gedeeltelijk gaat werken en ook als het ander werk is.
- Medische gegevens worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de behandeling van uw arbeidsongeschiktheidsmelding kan het noodzakelijk zijn om een of meer andere behandelaars in te schakelen, zoals bijvoorbeeld een arbeidsdeskundige. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaars alleen die informatie verstrekken, die voor de behandeling van uw arbeidsongeschiktheidsmelding belangrijk is. Bij deze eventuele verstrekking van informatie rust op de behandelaars een afgeleide geheimhoudingsplicht.

H. Verwerking (bijzondere) persoonsgegevens

Bij de aanvraag, gedurende de looptijd en bij de wijziging van een verzekering worden (bijzondere) persoonsgegevens gevraagd. Deze (bijzondere) persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt enerzijds voor het beoordelen en accepteren van Cliënten, het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten met een Cliënt en het beheren van de daaruit voortvloeiende relatie, het afwickelen van het betalingsverkeer, het voorkomen en bestrijden van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen en anderzijds voor algemene statistische doeleinden (volledig geanonimiseerd).

U heeft recht op inzage van uw (bijzondere) persoonsgegevens, op correctie van onjuiste gegevens, op bezwaar tegen of beperking van verdere verwerking en recht op verwijdering van uw (bijzondere) persoonsgegevens. De hierboven beschreven doeleinden en rechten worden verder uitgewerkt in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars en onze Privacyverklaring. Deze gedragscode en Privacyverklaring zijn van toepassing op de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500). U kunt de gedragscode ook downloaden via onze website www.elipslife.com. Daar vindt u ook onze Privacyverklaring.

Voor de verwerking van uw bijzondere persoonsgegevens hebben wij uw toestemming nodig. Wij verzoeken u om hieronder aan te geven of u wel of niet akkoord gaat met de verwerking van uw bijzondere persoonsgegevens. Leest u hiervoor ook de privacyverklaring door.

Ondergetekende, die de privacyverklaring van Elips Life AG heeft gelezen,

geeft toestemming

geeft geen toestemming

voor de verwerking van zijn/haar bijzondere persoonsgegevens voor de doeleinden die zijn beschreven in de privacyverklaring.

Let op: Het opvragen en verwerken van (bijzondere) persoonsgegevens door Elips Life AG is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de doeleinden die zijn beschreven in de privacyverklaring. Als u de gevraagde informatie niet wilt aanleveren en/of u weigert toestemming voor de verwerking ervan, dan is het voor Elips Life AG onmogelijk om de verzekeringsovereenkomst uit te voeren en/of

een uitkering te doen.

Plaats: _____

Datum: ____ - ____ - ____ (dag-maand-jaar)

Naam deelnemer : _____

Handtekening van de deelnemer: _____

Stuur dit formulier in een gesloten envelop naar:

elipsLife
T.a.v. afdeling Medical Antwoordnummer 606 2130 WB Hoofddorp
U hoeft geen postzegel op de envelop te plakken.