



ASSURANT®

SCHADEAANGIFTEFORMULIER ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Wat hebben wij van u nodig?

- Kopie legitimatiebewijs
- Kopie bankpas of bankafschrift (niet ouder dan één maand)
- Ingevulde machtiging tot het verstrekken van inlichtingen
- Een kopie van uw arbeidsovereenkomst (zie vraag 1.A.)

De volgende bewijsstukken (indien van toepassing):

- Kopie toekenning ziektewetuitkering: brief waarin staat dat u een uitkering volgens de ziektewet krijgt + kopie(ën) van uw bankafschrift waarop de ziektewet uitkering van het UWV staat vermeld, of de betalingsspecificaties van het UWV, vanaf de eerste ziektedag
- Kopie beschikking van het UWV inzake uw afkeuringpercentage in het kader van de WAZ/WAO/WIA, alsmede de rapportages van de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige van het UWV.
Deze rapportages kunt u opvragen bij het UWV

Bent u in loondienst en ontvangt u geen uitkering van het UWV:

- Een recente verklaring van uw werkgever inzake uw arbeidsongeschiktheid waaruit blijkt:
 - het normale aantal arbeidsuren per week (exclusief overuren)
 - sinds wanneer u uw werkzaamheden wegens ziekte heeft gestaakt
 - sinds wanneer u uw werk heeft hervat en in welke mate (indien van toepassing en exclusief uren gewerkt op arbeid therapeutische basis)

Lees dit formulier aandachtig door. Beantwoord alle vragen volledig.

A) ALGEMEEN:

Santander Consumer Finance

Dossiernummer: _____

Achternaam, voorletters _____ M / V

Adres _____

Postcode, woonplaats _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Geboortedatum _____

Financieringsnummer _____

Beroep _____

Ontvangt u een uitkering op grond van een (pre-)pensioen of VUT-regeling? JA / NEE

Iemand anders machtigen om uw zaken te regelen? Vult u dan de onderstaande gegevens in.

Naam gemachtigde _____ M / V

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld.

Handtekening: _____ datum: _____



ASSURANT®

- 1.a. Had u ten tijde van het ontstaan van uw arbeidsongeschiktheid een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijke recht of had u een aanstelling in Nederlandse openbare dienst?

JA ik had een arbeidsovereenkomst/aanstelling voor _____ uur per week
Let op: kopie arbeidsovereenkomst meesturen.

NEE want ik was ☐ werkloos
☐ zelfstandig ondernemer
☐ _____

- 1.b. Wat is de naam en het adres van de werkgever? _____

2. Heeft u een uitkering aangevraagd en gekregen? ☐ ZW ☐ WAO/WIA ☐ nee

3. Is er sprake van een ongeval? ☐ ja ☐ nee

Datum ongeval: _____

4. **GRAAG PER KLACHT AANGEVEN:**

Hier wordt ziekte, aandoeningen, (medische klachten) en letsels bedoeld.

- 4.1 a. Wat zijn de klacht(en)? _____

Sinds wanneer heeft u deze klachten? _____

- b. Wat is de diagnose bij deze klachten? _____

Wanneer is deze diagnose gesteld? _____

Door wie is deze diagnose gesteld? _____

- c. Gedurende welke periode bent u door deze klacht arbeidsongeschikt?

van _____ 20 ____ tot _____ 20 ____

- d. Op welke datum heeft u zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

Huisarts op _____ 20 ____

Specialist op _____ 20 ____

- e. Waaruit bestaat de behandeling?

Heeft de behandelend arts/specialist u geneesmiddelen voorgeschreven? ☐ ja ☐ nee

Geneesmiddelen _____

- f. Heeft u reeds eerder aan dezelfde klacht geleden?

☐ nee ☐ ja, van _____ 20 ____ tot _____ 20 ____

- g. Heeft u toen uw beroepswerkzaamheden gestaakt? ☐ ja ☐ nee

- h. Wat was toen de behandeling? _____

Bij welke arts/specialist was u onder behandeling? _____

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld.

Handtekening: _____ datum: _____



ASSURANT®

4.2 a. Wat zijn de klacht(en)? _____

Sinds wanneer heeft u deze klachten? _____

b. Wat is de diagnose bij deze klachten? _____

Wanneer is deze diagnose gesteld? _____

Door wie is deze diagnose gesteld? _____

c. Gedurende welke periode bent u door deze klacht arbeidsongeschikt?

van _____ 20 _____ tot _____ 20 _____

d. Op welke datum heeft u zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

Huisarts op _____ 20 _____

Specialist op _____ 20 _____

e. Waaruit bestaat de behandeling?

Heeft de behandelend arts/specialist u geneesmiddelen voorgeschreven? ☐ ja ☐ nee

Geneesmiddelen _____

f. Heeft u reeds eerder aan dezelfde klacht geleden?

☐ nee ☐ ja, van _____ 20 _____ tot _____ 20 _____

g. Heeft u toen uw beroepswerkzaamheden gestaakt? ☐ ja ☐ nee

h. Wat was toen de behandeling? _____

Bij welke arts/specialist was u onder behandeling? _____

4.3 a. Wat zijn de klacht(en)? _____

Sinds wanneer heeft u deze klachten? _____

b. Wat is de diagnose bij deze klachten? _____

Wanneer is deze diagnose gesteld? _____

Door wie is deze diagnose gesteld? _____

c. Gedurende welke periode bent u door deze klacht arbeidsongeschikt?

van _____ 20 _____ tot _____ 20 _____

d. Op welke datum heeft u zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

Huisarts op _____ 20 _____

Specialist op _____ 20 _____

e. Waaruit bestaat de behandeling?

Heeft de behandelend arts/specialist u geneesmiddelen voorgeschreven? ☐ ja ☐ nee

Geneesmiddelen _____



ASSURANT®

f. Heeft u reeds eerder aan dezelfde klacht geleden?

☐ nee ☐ ja, van _____ 20 _____ tot _____ 20 _____

g. Heeft u toen uw beroepswerkzaamheden gestaakt? ☐ ja ☐ nee

h. Wat was toen de behandeling? _____

Bij welke arts/specialist was u onder behandeling? _____

5. Wanneer verwacht u het werk geheel/gedeeltelijk te kunnen hervatten?

Op _____ 20 _____ voor _____ %

Op _____ 20 _____ voor _____ %

6. Adres waar u verblijft _____

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld.

Handtekening: _____ datum: _____



ASSURANT®

MACHTIGING TOT HET VERSTREKKEN VAN INLICHTINGEN

Ondergetekende _____
Geboren op _____
Wonende _____
Te _____

Machtigt onderstaande arts(en) / apotheek om alle gevraagde informatie te verschaffen aan de medisch adviseur van Assurant Europe Services B.V. in verband met de schadevordering van ondergetekende op zijn/haar bescherming in geval van arbeidsongeschiktheid.

Ondergetekende is er mee bekend dat het verstrekken van informatie door onderstaande arts(en) / apotheek en/of de uitslag van een keuring tot gevolg kan hebben dat de schadevordering wordt afgewezen of beperkt.

Naam huisarts _____
Adres _____
Postcode/woonplaats _____
Telefoonnummer _____

Naam specialist _____
Adres _____
Postcode/woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Specialisme _____

Naam specialist _____
Adres _____
Postcode/woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Specialisme _____

Naam specialist _____
Adres _____
Postcode/woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Specialisme _____

Naam specialist _____
Adres _____
Postcode/woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Specialisme _____

Naam specialist _____
Adres _____
Postcode/woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Specialisme _____

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld.

Handtekening: _____ datum: _____



ASSURANT®

VERKLARING VAN UITDRUKKELIJKE TOESTEMMING BIJ HET VERKRIJGEN VAN INFORMATIE DIE VALLEN ONDER DE CATEGORIE VAN BIJZONDERE PERSOONSGEGEVENS

Als een bedrijf dat een bescherming met de dekking Overlijden/Ongeval/Ziekte/Arbeidsongeschiktheid aanbiedt, moeten wij soms uw gegevens verwerken om onze legitieme bedrijfsbelangen na te streven, bijvoorbeeld het ontvangen en verwerken van medische informatie. De aard van het legitieme belang is om u een medisch beleid aan te bieden en een wettelijk contract met u aan te gaan.

Wij zullen uw gegevens nooit verwerken als deze interesses door uw eigen belangen worden onderdrukt. De meeste informatie die wij bijhouden zal door u zijn verstrekt, maar sommige informatie is mogelijk afkomstig van een andere bron. Dat wil zeggen uw arts/specialist. Als wij deze informatie van derden nodig hebben, nemen wij op dat moment nadrukkelijk contact met u op.

Indien nodig zal deze informatie door ons worden bewaard om eventuele claims onder de beschermingsovereenkomst te verwerken.

Deze informatie valt onder de wetgeving inzake gegevensbescherming en valt onder de categorie "Bijzondere persoonsgegevens". Om deze informatie van u te verkrijgen en uw claim in de toekomst te verwerken, hebben wij daarom uw uitdrukkelijke toestemming nodig. Wij vereisen daarom dat u dit bevestigt door onderstaand vakje aan te vinken en te tekenen dat u hiermee akkoord gaat.

Wanneer wij uw gegevens verwerken, hebt u het recht om uw toestemming op elk gewenst moment in te trekken. Als een verzoek wordt gedaan, zullen wij ons houden aan de wetgeving inzake gegevensbescherming, maar houdt er rekening mee dat dit van invloed kan zijn op uw bescherming dat wordt verwerkt. Indien u uw toestemming intrekt of wanneer u niet verklaard hiermee akkoord te gaan, kan de claim niet worden afgehandeld.

☐ Ik verklaar hiermee akkoord te gaan (vakje aankruisen a.u.b.)

Voorletter(s) en achternaam:

Handtekening:

Datum: