

Schadeaangifteformulier Arbeidsongeschiktheid

Lees dit formulier goed door en vul het helemaal in.

WAT HEBBEN WE NODIG?

- Een kopie van uw paspoort, rijbewijs of identiteitskaart.
- Een kopie van uw betaalpas of een rekeningafschrift waarop uw IBAN en naam goed te zien zijn. Let op dat het rekeningafschrift niet ouder is dan 1 maand.
- Uw toestemming aan uw artsen om de verzekeraar de nodige informatie te geven. Gebruik hiervoor bijlage 1.
- Een kopie van de arbeidsovereenkomst die u had toen u arbeidsongeschikt werd.

BENT U IN LOONDIENT EN KRIJGT U GEEN UITKERING VAN HET UWV? VOEG DIT DAN OOK TOE:

- Een recente verklaring op briefpapier van uw werkgever waarin staat dat u arbeidsongeschikt bent. Let op dat de verklaring door uw werkgever ondertekend is. In de verklaring staat in ieder geval:
 - hoeveel uur u volgens uw contract per week werkt (overuren tellen niet mee);
 - vanaf welke datum u niet meer kon werken;
 - sinds wanneer u weer (deels) bent gaan werken en hoeveel uur per week. (Uren op arbeidstherapeutische basis tellen niet mee.)

KRIJGT U EEN UITKERING VAN HET UWV? STUUR ONS DAN OOK DE VOLGENDE DOCUMENTEN:

- Een kopie van de brief Toekenning Ziekte-uitkering, die u van het UWV hebt gehad. (Alleen als dit van toepassing is.)
- Kopieën van de betaalspecificaties van uw UWV-uitkering vanaf de 1e ziekte- en hersteldag.
- Een kopie van de brief Toekenning WIA-uitkering, die u van het UWV hebt gehad. Hierin staat het afkeuringspercentage.
- Een kopie van alle rapportages van de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige van het UWV, inclusief de Functionele Mogelijkhedenlijst. Deze kunt u opvragen bij het UWV.

A UW GEGEVENS

Voorletters _____ Man Vrouw

Achternaam _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Verblijfadres* _____

Postcode en woonplaats* _____

E-mailadres _____

Geboortedatum _____

IBAN _____

SNS Hypotheeknummer _____

Beroep _____

Krijgt u een uitkering van een (pre-)pensioen of VUT-regeling? Ja NEE
Zo ja, stuur dan de documenten van de toekenning mee.

*Alleen invullen als u ergens anders verblijft dan op uw eigen adres.

Wilt u iemand anders toestemming geven om uw zaken te regelen? Zo ja, vul dan de onderstaande gegevens in.

Naam gemachtigde _____ Man Vrouw

1 WERKOMSTANDIGHEDEN

1a Had u, toen u arbeidsongeschikt raakte, een rechtsgeldige arbeidsovereenkomst of werkte u als ambtenaar voor de Nederlandse overheid?

- Ja, ik had een arbeidsovereenkomst/aanstelling voor _____ uur per week. Graag een kopie van de overeenkomst meesturen.
- Nee, omdat ik werkloos was
- zelfstandig ondernemer was
- anders, namelijk: _____

1b Hebt u een uitkering aangevraagd en gekregen?

- Ja, ZW
- Ja, WAO/WIA/IVA
- Nee

1c Bent u arbeidsongeschikt door een ongeluk?

- Ja Zo ja, wat is de datum van het ongeluk? / / - / / - / /
- Nee

ONDERTEKENING

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. Eventuele wijzigingen in de gegevens hierboven geef ik binnen 30 dagen door aan SNS.

Plaats _____ Datum / / - / / - / /

Handtekening

2 UW KLACHTEN

Let op: vul deze gegevens per klacht in. Met klacht bedoelen we ziekte, letsel en andere aandoeningen.

2.1a Wat zijn uw klachten? _____

2.1b Sinds wanneer hebt u deze klachten? | | | - | | | - | | | | |

2.1c Wat is de diagnose? _____

Wanneer is deze diagnose gesteld? _____

Wie heeft de diagnose gesteld? _____

2.1d Voor welke periode bent u door deze klacht arbeidsongeschikt?

Van | | | - | | | - | | | | | tot | | | - | | | - | | | | |

2.1e Wanneer hebt u hiervoor voor het eerst medische hulp gehad?

Datum eerste bezoek aan de huisarts: | | | - | | | - | | | | |

Datum eerste bezoek aan een specialist: | | | - | | | - | | | | |

2.1f Waaruit bestaat de behandeling? _____

Heeft de behandelend arts of specialist medicijnen voorgeschreven? Ja Nee

Zo ja, welke medicijnen? _____

2.1g Hebt u dezelfde klachten al eerder gehad?

Ja, van | | | - | | | - | | | | | tot | | | - | | | - | | | | |

Nee

2.1h Hebt u zich toen ziek moeten melden op het werk? Ja Nee

2.1i Hoe bent u toen voor de klachten behandeld? _____

Bij welke arts/specialist was u toen onder behandeling? _____

ONDERTEKENING

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. Eventuele wijzigingen in de gegevens hierboven geef ik binnen 30 dagen door aan SNS.

Plaats _____ Datum | | | - | | | - | | | | |

Handtekening

2.2a Wat zijn uw klachten? _____

2.2b Sinds wanneer hebt u deze klachten? | | | - | | | - | | | | |

2.2c Wat is de diagnose? _____

Wanneer is deze diagnose gesteld? _____

Wie heeft de diagnose gesteld? _____

2.2d Voor welke periode bent u door deze klacht arbeidsongeschikt?

Van | | | | - | | | | - | | | | | tot | | | | - | | | | - | | | | |

2.2e Wanneer hebt u hiervoor voor het eerst medische hulp gehad?

Datum eerste bezoek aan de huisarts: | | | | - | | | | - | | | | |

Datum eerste bezoek aan een specialist: | | | | - | | | | - | | | | |

2.2f Waaruit bestaat de behandeling? _____

Heeft de behandelend arts of specialist medicijnen voorgeschreven? Ja Nee

Zo ja, welke medicijnen? _____

2.2g Hebt u dezelfde klachten al eerder gehad?

Ja, van | | | | - | | | | - | | | | | tot | | | | - | | | | - | | | | |

Nee

2.2h Hebt u zich toen ziek moeten melden op het werk? Ja Nee

2.2i Hoe bent u toen voor de klachten behandeld? _____

Bij welke arts/specialist was u toen onder behandeling? _____

ONDERTEKENING

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. Eventuele wijzigingen in de gegevens hierboven geef ik binnen 30 dagen door aan SNS.

Plaats _____ Datum | | | | - | | | | - | | | | |

Handtekening

2.3a Wat zijn uw klachten? _____

2.3b Sinds wanneer hebt u deze klachten? | | | - | | | - | | | |

2.3c Wat is de diagnose? _____

Wanneer is deze diagnose gesteld? _____

Wie heeft de diagnose gesteld? _____

2.3d Voor welke periode bent u door deze klacht arbeidsongeschikt?

Van | | | - | | | - | | | | tot | | | - | | | - | | | |

2.3e Wanneer hebt u hiervoor voor het eerst medische hulp gehad?

Datum eerste bezoek aan de huisarts: | | | - | | | - | | | |

Datum eerste bezoek aan een specialist: | | | - | | | - | | | |

2.3f Waaruit bestaat de behandeling? _____

Heeft de behandelend arts of specialist medicijnen voorgeschreven? Ja Nee

Zo ja, welke medicijnen? _____

2.3g Hebt u dezelfde klachten al eerder gehad?

Ja, van | | | - | | | - | | | | tot | | | - | | | - | | | |

Nee

2.3h Hebt u zich toen ziek moeten melden op het werk? Ja Nee

2.3i Hoe bent u toen voor de klachten behandeld? _____

Bij welke arts/specialist was u toen onder behandeling? _____

ONDERTEKENING

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. Eventuele wijzigingen in de gegevens hierboven geef ik binnen 30 dagen door aan SNS.

Plaats _____ Datum | | | - | | | - | | | |

Handtekening

3. Wanneer denkt u weer (deels) aan het werk te kunnen?

Datum: | | | | - | | | | - | | | | |

Voor _____ %

Datum: | | | | - | | | | - | | | | |

Voor _____ %

4. Kunt u op het spreekuur van een arts komen?

Ja Nee

GOED OM TE WETEN

Bij deze polis en schadeaangifte horen de polisvoorwaarden HypotheekLastenVerzekering 01/05.

U vindt deze op www.snsbank.nl/particulier/verzekerers/schade-melden/werkloosheid-of-arbeidsongeschiktheid-doorgeven.

Lees ze goed door.

Onderteken het formulier en stuur het naar The Warranty Group. Zij zijn administrateur voor SNS Hypotheeklastenverzekering en behandelen uw aanvraag. U kunt het ingevulde en ondertekende formulier sturen naar:

The Warranty Group
Postbus 22542
1100 DA Amsterdam

Mailen kan ook: info.cpi@thewarrantygroup.com.

Let op: Vul dit formulier volledig in voor u het opstuurt. Vergeet niet alle gevraagde documenten mee te sturen. Een onvolledig formulier of ontbrekende documenten kunnen ervoor zorgen dat het langer duurt om uw aanvraag te behandelen.

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. Ook heb ik de polisvoorwaarden gekregen en gelezen. Ik ga ermee akkoord dat mijn schadeclaim volgens deze voorwaarden wordt behandeld.

Plaats _____

Datum | | | | - | | | | - | | | | |

Handtekening

MACHTIGING VOOR HET GEVEN VAN INFORMATIE

Naam _____

Geboortedatum | | | | - | | | - | | | | |

Adres _____

Postcode en woonplaats | | | | | | | | _____

Met dit formulier geef ik onderstaande arts(en) en/of apotheek toestemming om alle gevraagde informatie aan de medisch adviseur van London General Insurance (LGI) te geven. Deze informatie is nodig voor mijn schadeclaim op mijn arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Ik weet dat deze informatie en/of de uitslag van een keuring ervoor kan zorgen dat de schadeclaim wordt afgewezen of beperkt.

GEGEVENS BEHANDELLENDE ARTSEN

Naam specialist _____

Adres _____

Postcode en woonplaats | | | | | | | | _____

Telefoonnummer | | | | | | | | | | | | | |

Naam specialist _____

Adres _____

Postcode en woonplaats | | | | | | | | _____

Telefoonnummer | | | | | | | | | | | | | |

Naam specialist _____

Adres _____

Postcode en woonplaats | | | | | | | | _____

Telefoonnummer | | | | | | | | | | | | | |

Specialisme _____

Naam specialist _____

Adres _____

Postcode en woonplaats | | | | | | | | _____

Telefoonnummer | | | | | | | | | | | | | |

Specialisme _____

ONDERTEKENING

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. Eventuele wijzigingen in de gegevens hierboven geef ik binnen 30 dagen door aan SNS.

Plaats _____ Datum | | | | - | | | - | | | | |

Handtekening

BEHANDELINGSPROCES BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Stap 1 – Schademelding

Laat ons weten dat u arbeidsongeschikt bent. Dit kan per e-mail of telefoon. Daarna sturen we u het schadeaangifteformulier.

Stap 2 – Toesturen informatie

Hebt u het formulier gekregen? Vul dit dan volledig in en stuur het naar The Warranty Group terug. Vergeet niet alle gevraagde documenten mee te sturen. Goed om te weten: Een onvolledig formulier of ontbrekende documenten kunnen ervoor zorgen dat het langer duurt om uw aanvraag te behandelen.

Stap 3 – Controle Schadebehandelaar

Het ingevulde formulier en de meegestuurde documenten worden beoordeeld door een schadebehandelaar. Ontbreekt er nog iets? Dan laat de behandelaar u dat per e-mail of brief weten. Als de schadebehandelaar alle informatie heeft, draagt hij het over aan de medisch adviseur.

Stap 4 – Opvragen medische informatie

De medisch adviseur neemt contact op met uw behandelend artsen en specialisten. Als de medisch adviseur alle informatie heeft, brengt hij een advies uit. Dit wordt verwerkt in uw dossier. Het kan zijn dat er nog meer informatie nodig is. In dat geval laat de medisch adviseur u dat weten. Het medisch onderzoek is dan nog niet afgerond. Ook kan de medisch adviseur voorstellen dat u opnieuw gekeurd wordt door een onafhankelijk bureau.

Stap 5 – Schadebeoordeling en beslissing

De eindbeoordelaar bekijkt en beoordeelt uw dossier. Het besluit krijgt u met de post of e-mail. Is het besluit dat u een uitkering ontvangt? Dan krijgt u snel een eerste betaling. Hoe dit precies gaat, kunt in de voorwaarden lezen.

Stap 6 – Kwaliteit en controle

Alle dossiers worden intern gecontroleerd. Zo zien we waar eventuele knelpunten in het proces zitten en houden we de kwaliteit van ons werk zo hoog mogelijk.

ONDERTEKENING

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. Eventuele wijzigingen in de gegevens hierboven geef ik binnen 30 dagen door aan SNS.

Plaats _____

Datum / / - / / - / /

Handtekening

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

Als een bedrijf dat een verzekering 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 verzekeringsovereenkomst 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 verzekering 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.

Naam en voorletter(s) _____

Plaats _____

Datum / / - / / - / / /

Handtekening