

Credit Life International Schade, Burgemeester Stramanweg 101, 1101 AA Amsterdam

Behandelingstraject

Callas Group
Postbus 75916
1070 AX Amsterdam

Onderwerp: **aangifte arbeidsongeschiktheid Inkomensgarantie verzekering**

Geachte heer, mevrouw,

U heeft een claim ingediend omdat u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt bent geworden. Met deze brief willen wij ervoor zorgen dat we uw aanvraag zo goed mogelijk kunnen behandelen.

Bij deze brief zit een schade aangifteformulier en een verklaring loonheffing. Wilt u deze formulieren duidelijk en volledig invullen en uw handtekening zetten? Stuur ze daarna aan ons terug, samen met alle documenten die met uw claim te maken hebben zoals:

- kopie gespreksverslagen bedrijfsarts en het eerstejaars evaluatierapport
- kopie gespreksverslagen UWV indien u niet meer in loondienst bent
- kopie van de wia-beschikking van het UWV
- kopie van de eerste wia-uitkeringsspecificatie
- kopie van uw laatste volledige loonstrook voor de eerste dag dat u zich ziekgemeld heeft bij uw werkgever
- kopie van uw recente loonstrook indien u nog gedeeltelijk werkzaam bent
- kopie van uw legitimatiebewijs

Let op: wij kunnen uw verzoek alleen behandelen als de formulieren volledig ingevuld en ondertekend zijn!

Een extern en onafhankelijk medisch adviesburo zal uw dossier medisch beoordelen. Soms is daarvoor extra informatie nodig. Zij zullen dan rechtstreeks contact met u opnemen. Zij kunnen u ook vragen om een medische machtiging. Met deze machtiging kunnen zij gegevens bij uw arts(en) opvragen. Daarbij gaat het alleen om informatie die met uw arbeidsongeschiktheid te maken heeft.

Zodra we alle informatie ontvangen hebben, krijgt u van ons bericht. Wij proberen altijd zo snel mogelijk een beslissing te nemen, maar soms hebben we informatie van andere instanties of personen nodig. Houdt u er rekening mee dat dit soms even kan duren.

We hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Heeft u nog vragen of opmerkingen, neem dan gerust contact met ons op.

Met vriendelijke groet,

Credit Life
Afdeling Claims

Wij nemen uw privacy serieus. Wilt u weten hoe wij met uw gegevens omgaan, ga dan naar www.creditlife.net.

Schade aangifteformulier arbeidsongeschiktheid Inkomensgarantie verzekering

Polisnummer _____

Persoonlijke informatie

Naam _____ Geboortedatum _____

Adres Straatnaam _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoonnummer Thuis _____ Mobiel _____

E-mail adres _____

IBAN rekeningnummer voor uitkering _____

Informatie werkgever

Bent u in loondienst? ja nee zelfstandig ondernemer*
(* uittreksel Kamer van Koophandel en meest recente jaarcijfers meesturen)

Naam van uw huidige of laatste werkgever of uw onderneming _____

Adres _____ Postcode _____

Plaats _____ Telefoon _____

Soort dienstverband onbepaalde tijd bepaalde tijd uitzend / detachering / payroll

In dienst vanaf _____ Aantal uren per week _____
(kopie laatste loonstrook bijvoegen)

Uw beroep en de werkzaamheden die u verricht(te) bij uw huidige (of laatste) werkgever, of als zelfstandig ondernemer?

Gegevens Arbodienst/bedrijfsarts

Naam controlerende Arbodienst _____ Adres _____

Naam controlerende Arbo-arts _____ Postcode _____

Telefoon _____ Plaats _____

Uw uitkerende instantie (UWV)

Naam van de uitkerende instantie _____

Adres _____ Postcode _____

Plaats _____ Telefoon _____

Bent u in het verleden al eens afgekeurd voor de WIA / WAO / WAZ of Wajong? ja* nee

*Zo ja, wanneer? _____

(*stuur een kopie van het keuringsrapport mee)

Ziekte / letsel

Door welke klachten bent u ziek / arbeidsongeschikt? _____

Wanneer zijn uw klachten begonnen? _____

Wanneer heeft u voor deze klachten voor het eerst uw huisarts bezocht? _____

Heeft u al eerder dezelfde of soortgelijke klachten gehad? ja* nee

*Zo ja, gedurende welke periode _____

Bij welke dokter(s)? huisarts anders, namelijk _____

Adres _____ Postcode _____

Woonplaats _____ Telefoon _____

Behandeling

Naam huisarts _____ Datum inschrijving bij huisarts _____

Adres _____ Postcode _____

Woonplaats _____ Telefoon _____

Bent u momenteel voor deze klachten in behandeling bij een specialist? ja* nee

*Zo ja, naam specialist _____

Datum eerste bezoek _____

Adres _____ Postcode _____

Plaatsnaam _____ Telefoon _____

Ongeval

Was er sprake van een verkeersongeval? ja* nee

*Zo ja, datum van het ongeval _____ Procesverbaalnummer _____
(stuur een kopie van het proces-verbaal en schadeformulier mee)

Arbeidsongeschiktheid

Datum waarop u zich bij de werkgever ziek heeft gemeld voor deze klachten _____
(Bent u zelfstandig, per welke datum kunt u vanwege de klachten uw werkzaamheden niet meer verrichten en voor hoeveel procent?)

Wanneer verwacht u weer aan het werk te gaan? _____

Wanneer bent u weer aan het werk gegaan (indien van toepassing)? _____

Medicijngebruik

Gebruikt u medicijnen? ja* nee

*Zo ja, welke medicijnen?	Voor welke klachten?	Sinds wanneer?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Overige informatie

Is het risico van arbeidsongeschiktheid ook elders verzekerd? ja* nee

*Zo ja,

Naam van maatschappij _____ Ingangsdatum _____

Polisnummer _____ Einddatum _____

Verzekerd maandbedrag _____

Ondertekening

Ik, ondergetekende, verklaar dat ik bovenstaande vragen volledig en eerlijk heb beantwoord. Ik weet dat de verzekeringsmaatschappij mij in bepaalde gevallen helemaal geen uitkering of slechts een gedeelte ervan hoeft te geven als ik informatie achterhoud of onjuiste of onvolledige gegevens opgeef.

Handtekening

Plaats en datum