

# Meldingsformulier arbeidsongeschiktheid



S.v.p. met blokletters invullen, alle vragen volledig beantwoorden en aankruisen hetgeen van toepassing is.

Betreft polisnummer \_\_\_\_\_ Schadennummer \_\_\_\_\_

## 1 Verzekeringnemer

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_  man  vrouw

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer privé \_\_\_\_\_ Telefoonnummer zakelijk \_\_\_\_\_

## 2 Verzekerde

Naam en voorletters \_\_\_\_\_  man  vrouw

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Eventueel verblijfadres \_\_\_\_\_

Telefoonnummer privé \_\_\_\_\_ Telefoonnummer zakelijk \_\_\_\_\_

## 3 Begunstigde

Bank-/girorekeningnummer \_\_\_\_\_ (In verband met het overmaken van eventuele uitkeringen)

Ten name van \_\_\_\_\_

Te \_\_\_\_\_

## 4 Gegevens verzekerde (in te vullen door of namens verzekerde)

A Wat is uw beroep \_\_\_\_\_

Verrichting werkzaamheden  zelfstandig  loondienst  
 combinatie  anders, n.l.

Sinds wanneer \_\_\_\_\_

(indien van toepassing)

- Rechtsvorm bedrijf  BV  NV  
 VOF  eenmanszaak  anders, n.l.

- Volledige handelsnaam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Vestigingsplaats \_\_\_\_\_

- Aantal uren per week handenarbeid \_\_\_\_\_ uur administratie \_\_\_\_\_ uur  
reizen \_\_\_\_\_ uur leidinggeven \_\_\_\_\_ uur

- Aantal personeelsleden \_\_\_\_\_ Bruto jaarinkomen \_\_\_\_\_  
(kopie-jaaropgave of kopie resultatenrekening laatste boekjaar bijsluiten)

Is er sprake van doorbetaling van loon bij ziekte?  ja  nee

Verricht u naast bovenvermelde werkzaamheden nog andere werkzaamheden?  ja  nee

Zo ja, waaruit bestaan deze werkzaamheden? \_\_\_\_\_

Heeft u zich terzake van deze werkzaamheden ook arbeidsongeschikt gemeld?  ja  nee

B Uitvoeringsorgaan/bedrijfsvereniging/Arbodienst

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Registratienummer \_\_\_\_\_

C Bent u ook elders verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid, ongevallen of ziekengeld?  ja  nee

Zo ja, bij welke maatschappij(en)? \_\_\_\_\_

Polisnummer(s)? \_\_\_\_\_

Heeft u ook elders een uitkering aangevraagd?  ja  nee

Ontvangt u in dit verband al een uitkering?  ja  nee

Zo ja, welke uitkering(en)? \_\_\_\_\_

Hoogte van de uitkering(en)? \_\_\_\_\_

D Naam huisarts \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Naam behandelend specialist \_\_\_\_\_

Naam ziekenhuis \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

E Sinds wanneer bent u arbeidsongeschikt? \_\_\_\_\_

Waaruit bestaan de klachten? \_\_\_\_\_

Welke werkzaamheden kunt u thans niet verrichten? \_\_\_\_\_

Welke beperkingen ondervindt u hierbij? \_\_\_\_\_

Op welke datum heeft u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld? \_\_\_\_\_

Bij wie? \_\_\_\_\_

Op welke datum bent u op controle geweest? \_\_\_\_\_

Staat u nog onder controle?  ja  nee

Welke diagnose is er gesteld? \_\_\_\_\_

Waaruit bestaat de behandeling? \_\_\_\_\_

Welke medicatie gebruikt u? \_\_\_\_\_

Is er vervangend personeel aangesteld?  ja  nee

Zo ja, hoeveel en aantal uur per week? \_\_\_\_\_

Welk percentage maakt dit uit van de totale werkzaamheden? \_\_\_\_\_

Wanneer verwacht u uw werk weer geheel of gedeeltelijk te hervatten? \_\_\_\_\_

F Voor welk percentage acht u zichzelf arbeidsongeschikt? \_\_\_\_\_

Heeft u eerder aan deze klachten geleden?  ja  nee

Zo ja, welke periode? \_\_\_\_\_

Wie was toen de behandelend arts/specialist? \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Kunt u op het spreekuur van een arts komen?  ja  nee

Zo nee, waarom niet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G *Alleen invullen bij ongeval*

Op welke datum en waar vond het ongeval plaats? datum: \_\_\_\_\_ plaats: \_\_\_\_\_

Wat was de aard en oorzaak van het ongeval? Korte beschrijving: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Het betrof een ongeval tijdens  beroep  hobby  gebruik van machines  motorrijden  anders, n.l.

Heeft u het ongeval zelf veroorzaakt?  ja  nee

Is er een proces verbaal opgemaakt?  ja  nee

Zo ja, door welke instantie? \_\_\_\_\_

Waaruit bestaat het letsel? \_\_\_\_\_

Welk lichaamsdeel werd getroffen? (Bij letsel aan arm, hand, been, oog of oor, linker of rechter vermelden) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Graag de volgende gegevens bijsluiten:

- sofi-nummer
- kopie inschrijvingsbewijs handelsregister (*voor zover van toepassing*)
- machtiging behandelend artsen, zie hieronder

Ondergetekende verklaart hiermee, dat bovengenoemde gegevens volledig naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid zijn ingevuld en van belang zijnde informatie niet is verzwegen:

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_ Handtekening verzekerde \_\_\_\_\_

*Attentie*

- Een onvolledig of onjuist ingevuld meldingsformulier leidt tot vertraging van de behandeling.
- Verzekerde is verplicht wijzigingen in de gezondheidstoestand en/of (gedeeltelijke) werkhervatting onverwijld en uit eigen beweging bij de verzekeraar te melden.

**AXA Zorg N.V.**

Graadt Van Roggenweg 500

Postbus 30810, 3503 AR Utrecht

Telefoon (030) 219 70 00

Fax (030) 219 70 01

Inschrijving Kamer van Koophandel 30132522

*De directe doorkiesnummers van onze afdeling zijn:*

Telefoon (030) 219 77 74

Fax (030) 219 86 71

## Ondergetekende

Naam \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_  
Geboren \_\_\_\_\_

machtigt hierbij met name genoemde artsen desgevraagd inlichtingen omtrent zijn/haar gezondheidstoestand te verstrekken aan de medisch adviseur van AXA Zorg N.V. in verband met de beoordeling van het verzoek tot het verstrekken van een arbeidsongeschiktheidsuitkering conform de polisvoorwaarden.

### 1 Huisarts

Naam \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Woonplaats \_\_\_\_\_

### 2 Specialist

| Naam  | Ziekenhuis | Plaats |
|-------|------------|--------|
| _____ | _____      | _____  |
| _____ | _____      | _____  |
| _____ | _____      | _____  |

### 3 Adviserend geneeskundige van de uitkerende instantie

Bedrijfsvereniging       Uitvoeringsinstantie       Arbodienst

Naam \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_

### 4 Medisch adviseur van andere verzekeringsmaatschappij

Naam maatschappij \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_

*(Indien van toepassing)*

### 5 Machtigt hierbij de medisch adviseur van AXA Zorg N.V. röntgenfoto's en verslagen op te vragen bij de Röntgenafdeling met betrekking tot zijn/haar klachten.

Van \_\_\_\_\_  
Ziekenhuis \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_

*De behandelend röntgendiagnost wordt hierbij tevens gemachtigd door de medisch adviseur van AXA Zorg N.V. gevraagde röntgenfoto's en verslagen te verstrekken.*

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_ Handtekening verzekerde \_\_\_\_\_