

Algemeen

- 1a. Is de melding het gevolg van een ziekte?
- 2a. Is de melding het gevolg van een ongeval?
- 2b. Wanneer vond het ongeval plaats?
- 2c. Waar vond het ongeval plaats?
- 2d. Is er een procesverbaal van het ongeval opgemaakt?
- 2e. Geef een korte omschrijving van de omstandigheden.

- 2f. Als het ongeval in het buitenland plaatsvond:
bent u aldaar onder behandeling (geweest)?
3. Welke beperkingen ervaart u in uw werk als gevolg van deze ziekteverschijnselen/dit ongeval?

4. Per welke datum meldt u zich arbeidsongeschikt?
5. Per wanneer zijn de verschijnselen (klachten) ontstaan?
6. Hebt u ooit eerder aan deze ziekte geleden?

Behandeling & Diagnose

7. Is er een diagnose gesteld?
8. Welke diagnose is gesteld?
9. Door wie is de diagnose gesteld?
10. Bent u onder behandeling van een arts of specialist?
- Onder behandeling per

11. Wat is uw eigen verwachting over (gedeeltelijke) werkhervatting?
12. Hoe luidt het advies van uw behandelaar over een datum van (gedeeltelijke) werkhervatting?

ja / nee*	Zo ja, ga door naar vraag 3.
ja / nee*	
Datum en tijd:	
Land en plaats:	
ja / nee*	Zo ja, door wie?
ja / nee*	
ja / nee*	Zo ja, wanneer?
	Hoe vaak?
	Welke arts / specialist heeft u toen behandeld?

ja / nee*	
ja / nee*	
	- - 20
Naam:	Huisarts / specialist
Adres:	
Postcode +plaats:	
Telefoonnr.:	
Faxnummer:	

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Eerdere claims

13. Hebt u ooit eerder een uitkering ontvangen wegens ziekte of ongeval?

ja / nee* Zo ja, van welke maatschappij? _____

Wanneer? _____

Werkzaamheden

14a. Hoe zien de werkzaamheden verbonden aan uw beroep eruit?

Werkzaamheden ¹⁾	uren per week	Welke werkzaamheden verricht u nu tijdens uw arbeidsongeschiktheid?	Welke werkzaamheden denkt u op korte termijn te kunnen hervatten en per wanneer?
1. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
2. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
3. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
4. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
5. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
6. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
Gezinstaken ²⁾			
1. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
2. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
Nevenactiviteiten ³⁾			
1. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20
2. _____	uren _____	<input type="checkbox"/> uren _____	<input type="checkbox"/> per - - 20

¹⁾ Bijvoorbeeld: administratie, leidinggeven, beroepsspecifieke werkzaamheden (uitsplitsen) enz.

²⁾ Bijvoorbeeld: opvang kinderen, schoonmaken huis, was verzorgen enz.

³⁾ Bijvoorbeeld: voorzitter beroepsvereniging, enz.

14b. Voor hoeveel % acht u zich arbeidsongeschikt? _____ %

15. Toelichting (diensten e.d.)

Verzekeringen elders

16. Bij welke maatschappij(en) bent u verzekerd voor:

- ziektekosten

- ongevallen (anders dan Movir)

- arbeidsongeschiktheid (anders dan Movir)

17. Kunt u aanspraak maken op uitkeringen krachtens sociale verzekeringen?

- WIA

- Anders, nl.

ja / nee* Zo ja, wat is het adres van het UWV? _____

Adres: _____

Postcode + plaats: _____

ja / nee* _____

Correspondentie

16. Movir stelt uw verzekeringsadviseur op de hoogte van uw melding van ziekte of ongeval.
Gaat u ermee akkoord dat Movir uw verzekeringsadviseur hierna op de hoogte houdt van het verdere verloop van uw aanspraak door toezending van kopieën van niet-medische correspondentie?¹⁾

ja / nee*

¹⁾ Onder niet-medische correspondentie verstaat Movir correspondentie waaruit alle gegevens die betrekking hebben op uw medische situatie zijn verwijderd.

Verzekerde is verplicht na het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid Movir hiervan zo spoedig als rederlijkerwijs mogelijk in kennis te stellen door middel van toezending van dit formulier. *Dit geldt ongeacht of de polis een eigenrisicotermijn, een uitsluiting of anderszins beperkende voorwaarden bevat.* Indien een of meer van de in artikel 6 van de voorwaarden van verzekering vermelde verplichtingen niet door de verzekerde is nagekomen en Movir daardoor in een redelijk belang is geschaad, vervalt het recht op uitkering. Het recht op uitkering vervalt indien er sprake is van opzet om Movir te misleiden. Voorts bestaat er nimmer recht op uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, waarvan eerst na herstel kennis wordt gegeven. Begeeft verzekerde zich zonder toestemming van Movir naar het buitenland, dan vervalt het recht op uitkering voor de duur van het verblijf in het buitenland.

Aan het insturen van dit formulier alleen kunnen geen rechten worden ontleend. Indien nodig zal ter completering van de beeldvorming telefonisch aanvullende informatie ingewonnen worden of zal huisbezoek en/of specialistisch onderzoek plaatsvinden.

Verklaring & Ondertekening

17. Hebt u alle vragen van dit formulier ingevuld?
Dit om eventuele vertraging in de behandeling van uw aanspraak te voorkomen.

ja / nee*

Verzekerde verklaart hiermee dat de gegevens op dit formulier volledig en overeenkomstig de waarheid zijn.

Plaats en datum:

Handtekening verzekerde: