

Melding van Arbeidsongeschiktheid zelfstandigen

Let op: Niet volledig invullen van dit formulier kan vertraging in de behandeling van uw schademelding tot gevolg hebben.

1. GEGEVENS AANVRAGER/VERZEKERINGNEMER

naam en voorletters	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
straat en huisnummer		
postcode	plaats	
telefoon	mobiel	e-mail
geboortedatum (d-m-j)	nationaliteit	sofi-nummer
bank- of girorekening		
polisnummer		

2. GEGEVENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID

beroep	bedrijf				
aard werkzaamheden					
rechtsvorm bedrijf	<input type="checkbox"/> eenmanszaak	<input type="checkbox"/> BV	<input type="checkbox"/> VOF	<input type="checkbox"/> maatschap	<input type="checkbox"/> anders, nl.
Wat was de hoogte van uw persoonlijk inkomen uit arbeid vóór belastingen over de afgelopen drie jaar?	jaar	€			
	jaar	€			
	jaar	€			
Wat was uw netto bedrijfswinst vóór belastingen over de afgelopen drie jaar?	jaar	€			
	jaar	€			
	jaar	€			
gemiddeld aantal mensen in dienst					
Hoeveel uren werkt u gemiddeld per week?					
Hoe besteedt u deze tijd? (normale omstandigheden)	<input type="checkbox"/> Administratie/Bureauwerk/Personele zaken	uur per week			
	<input type="checkbox"/> Verkoop/Advisering/Inkoop/Acquisitie	uur per week			
	<input type="checkbox"/> Zakelijk reizen	uur per week			
	<input type="checkbox"/> Leidinggeven/Toezicht/Lesgeven/Instructie	uur per week			
	<input type="checkbox"/> Handarbeid/Lichamelijke werkzaamheden	uur per week			
Hoeveel arbeid bestaat uit:	<input type="checkbox"/> Werken met machines en/of gevaarlijke stoffen	uur per week			
	<input type="checkbox"/> Werken op hoogte en/of boven schouderhoogte	uur per week			
	<input type="checkbox"/> Tillen en/of bukken	uur per week			
Heeft u een nevenfunctie?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, nl.			
Bent u in loondienst?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, werkgever			
Bent u links- of rechtshandig?	<input type="checkbox"/> linkshandig	<input type="checkbox"/> rechtshandig			
Bent u arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> geheel	<input type="checkbox"/> gedeeltelijk, nl. %	sinds (d-m-j)		
Welke werkzaamheden kunt u wel verrichten?					
Worden werkzaamheden die u niet kunt verrichten overgenomen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, door			
Wanneer verwacht u het werk te kunnen hervatten? (d-m-j)					

3. GEGEVENS GENEESKUNDIGE BEHANDELING

Ter beoordeling van de mate en de aard van uw arbeidsongeschiktheid zou onze medisch adviseur graag willen informeren bij uw huisarts en behandelend specialist. Hiervoor heeft deze uw toestemming nodig. Wij verzoeken u dan ook vriendelijk naast onderstaande gegevens tevens bijgaande machtigingen volledig in te vullen en te ondertekenen.

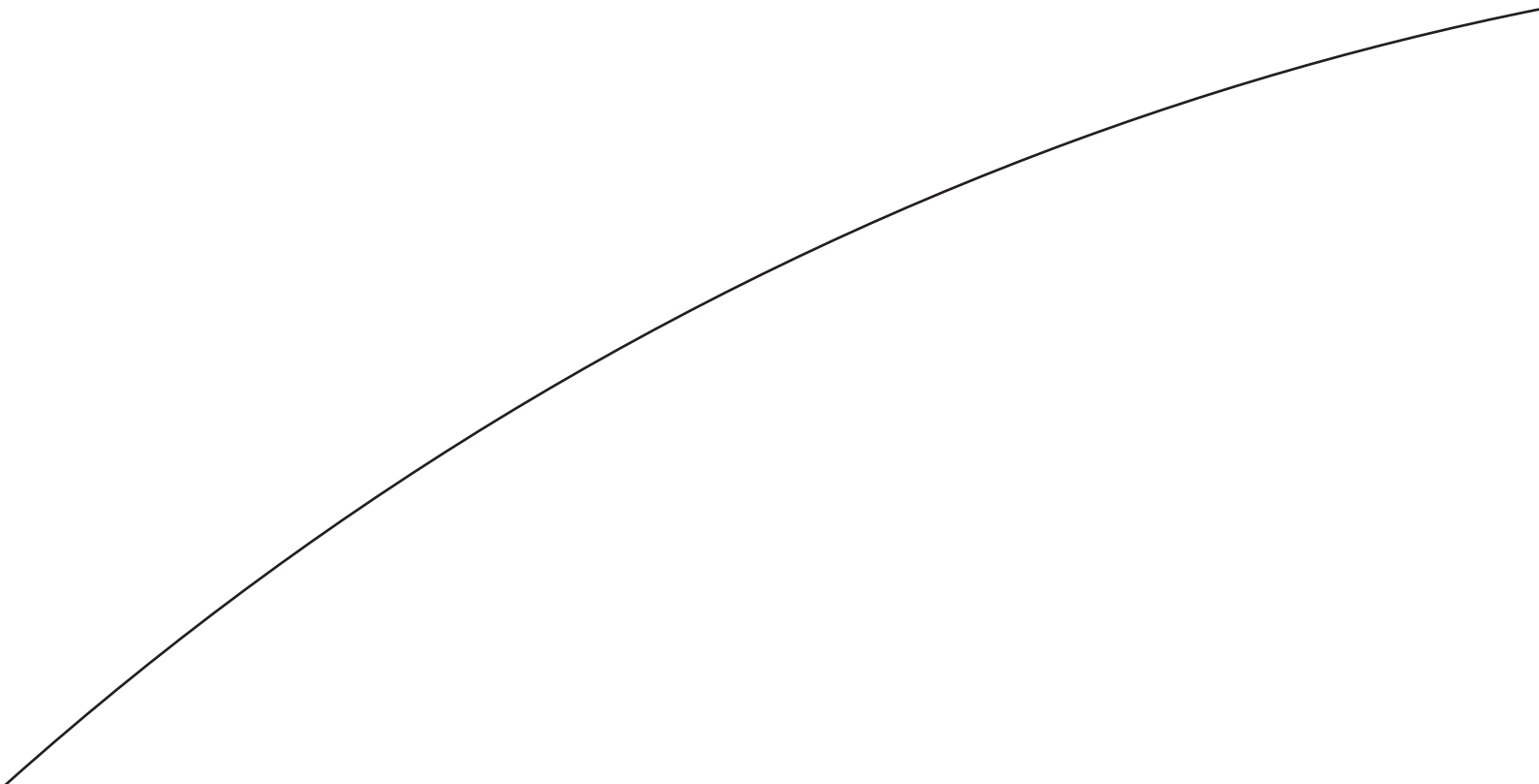
datum eerste geneeskundige hulp (d-m-j)	
naam huisarts	
straat en huisnummer	
postcode	plaats
naam behandelend specialist	
naam ziekenhuis waar behandeling plaatsvindt/vond	
Waar verblijft u momenteel?	
<input type="checkbox"/> thuis	<input type="checkbox"/> ziekenhuis
<input type="checkbox"/> anders, nl.(volledig adres vermelden)	

ARBEIDSONGESCHIKTHEID

<input type="checkbox"/> als gevolg van ziekte	omschrijving van de ziekte
Wanneer openbaarden zich de eerste verschijnselen? (d-m-j)	
Heeft u eerder aan dezelfde klachten geleden? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, wanneer (d-m-j) hoe lang?	
naam van destijds behandelend arts/specialist	
datum laatste raadpleging van deze arts/specialist (d-m-j)	
<input type="checkbox"/> als gevolg van een ongeval	datum ongeval (d-m-j) tijdstip <input type="checkbox"/> v.m. <input type="checkbox"/> n.m.
plaats/locatie van het ongeval	
omschrijving van het ongeval	
oorzaak ongeval	
omschrijving letsel	

4. SLOTVRAGEN

Loopt er thans bij een andere maatschappij een soortgelijke verzekering?			
<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, per (d-m-j)	maatschappij	polisnummer
verzekerd bedrag A	€	verzekerd bedrag B	€
Heeft u bij De Goudse eveneens een levensverzekering gesloten waarop recht op premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid geldt?			
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, polisnummer			
Kunt u aanspraak maken op een uitkering krachtens sociale verzekeringswetten? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja			
<input type="checkbox"/> AAW/WAZ	<input type="checkbox"/> ZW/WAO	<input type="checkbox"/> overig, nl.	
uitvoeringsinstelling			
registratienummer		ingangsdatum (d-m-j)	
arbeidsongeschiktheidspercentage		uitkeringspercentage	
Waar zijn de kosten van geneeskundige behandeling verzekerd? (ziektkosten)			
maatschappij		polisnummer	
Heeft u feiten te melden die voor het beoordelen van deze schade-aangifte en/of voor de maatschappij van belang kunnen zijn?			
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.			



MACHTIGING (HUIS)ARTS

Wellicht wil de medisch adviseur m.b.t. de door u vermelde klachten geïnformeerd worden over het huidige ziekteverloop en de toegepaste behandeling. Dat is alleen mogelijk indien u daarmee instemt.

Wij vragen u daarom onderstaande machtiging volledig in te vullen. Hiermee geeft u uw behandelend arts toestemming de gevraagde informatie te verstrekken, u kunt hierover eerst met de arts en/of huisarts overleggen.

MACHTIGING AAN

huisarts (naam)

straat en huisnummer

postcode

woonplaats

ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR (oorzaak arbeidsongeschiktheid invullen)

Ik ga ermee akkoord dat de bovengenoemde arts en/of specialist aan de medisch adviseur van De Goudse Schadeverzekeringen N.V. de gewenste inlichtingen verschaft inzake de in deze machtiging genoemde klacht/aandoening.

MACHTIGING DOOR

naam

geboortedatum (d-m-j)

datum (d-m-j)

plaats

handtekening



MACHTIGING SPECIALIST

Wellicht wil de medisch adviseur m.b.t. de door u vermelde klachten geïnformeerd worden over het huidige ziekteverloop en de toegepaste behandeling. Dat is alleen mogelijk indien u daarmee instemt.

Wij vragen u daarom onderstaande machtiging volledig in te vullen. Hiermee geeft u uw behandelend specialist toestemming de gevraagde informatie te verstrekken, u kunt hierover eerst met de specialist overleggen.

MACHTIGING AAN

specialist (naam)

straat en huisnummer

postcode

woonplaats

ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR (oorzaak arbeidsongeschiktheid invullen)

Ik ga ermee akkoord dat de bovengenoemde arts en/of specialist aan de medisch adviseur van De Goudse N.V. de gewenste inlichtingen verschaft inzake de in deze machtiging genoemde klacht/aandoening.

MACHTIGING DOOR

naam

geboortedatum (d-m-j)

datum (d-m-j)

plaats

handtekening