

SCHADEAANGIFTEFORMULIER ARBEIDSONGESCHIKTHEID

BELANGRIJKE INFORMATIE VOORAF:

Lees dit formulier aandachtig door, beantwoord alle vragen zo compleet mogelijk, onderteken het en stuur het formulier naar onderstaand adres.

Op deze manier voorkomt u dat wij het formulier naar u moeten terugsturen voor ontbrekende gegevens!
Indien de invulruimte op dit formulier niet voldoende is, dan kunt u de resterende informatie op een apart blad bijvoegen.

Dit formulier dient door de verzekerde, de werkgever en de huisarts ingevuld en ondertekend te worden.

Wij verzoeken u tevens een kopie van de laatst ontvangen loonstrook mee te sturen.

SCHADEBEHANDELINGSTRAJECT

Stuur dit volledig ingevuld formulier naar:
CARDIF
t.a.v. de raadgevend geneesheer
Bergensesteenweg 1424
1070 BRUSSEL

Wij nemen uw schade in behandeling en zullen informatie inwinnen bij instanties of personen om uw schade objectief te kunnen beoordelen.

Zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle benodigde informatie ontvangt u bericht. Wij streven een spoedige afwikkeling van de schade na.
Wij zijn echter afhankelijk van de reactiesnelheid van de aangeschreven instanties of personen.

Voor informatie kunt u contact opnemen met de Afdeling Schade.
Deze afdeling is op werkdagen bereikbaar
tussen 10:00 en 12:00 uur
op de telefoonnummers:
02/528 00 61 en 02/528 00 62
faxnummer afdeling schade:
02/528 00 60
e-mail afdeling schade:
claims@cardif.be



CARDIF

PERSONLIJKE INFORMATIE VERZEKERDE

Naam

Voornaam

Adres

Postcode

Gemeente

Geslacht

man

vrouw

Telefoon

E-mail

Geboortedatum

Kredietinstelling /
financieringsmaatschappij

Polis-/certificaat-/klantnummer

Ingangsdatum verzekering

Rekeningnummer i.v.m. de
eventuele uitkering

INFORMATIE WERKGEVER (in te vullen door de WERKGEVER van de verzekerde)

Naam werkgever

Adres

Postcode

Gemeente

Telefoon

Werkt de verzekerde in loondienst?

ja

nee

In dienst sedert

Aantal dagen afwezig wegens ziek-
te gedurende de laatste 3 jaren,
met uitzondering van deze arbeids-
ongeschiktheid

dagen

Laatst gewerkte dag?

Datum van werkhervatting
van de werknemer (indien
effectief)

Beroep en aard van de werkzaamheden

Naam verantwoordelijke personeelszaken

Handtekening van de werkgever + stempel van de maatschappij

GEGEVENS MUTUALITEIT

Naam mutualiteit

Naam controlerende arts

Aansluitingsnummer

Adres

Postcode

Gemeente

Telefoon

OVERIGE INFORMATIE

Is het risico van arbeidsongeschiktheid ook elders verzekerd?

ja*

nee

*zo ja, bij welke maatschappij(en) en welk(e) polisnummers(s)

verzekerd(e) maandbedrag(en)

€

ingangsdatum

einddatum

ALGEMENE MEDISCHE INFORMATIE (in te vullen door de HUISARTS van de verzekerde)

Naam behandelende arts

Telefoon

E-mail

Soort arts?

Huisarts

Specialist, nl.

Adres (evt. naam ziekenhuis vermelden)

Postcode

Gemeente

Oorzaak arbeidsongeschiktheid

ziekte

ongeval

verkeersongeval¹.

Uitgebreide toelichting van de klacht(en) waarvoor de verzekerde momenteel ziek / arbeidsongeschikt is (**volledig medisch verslag + medisch attest bijvoegen**)

Datum begin ziekte / arbeidsongeschiktheid

Datum eerste bezoek

Was de verzekerde voor het aangaan van de verzekering al eens onder behandeling voor de **huidige** klacht(en)?

ja*

nee

*zo ja, van :

tot en met :

*bij welke arts(en)?

Ondergetekende

Anders, nl.

Vermoedelijk einde van de ziekte / arbeidsongeschiktheid

Heeft u de verzekerde geadviseerd niet te gaan werken?

ja

nee

Was de verzekerde voor het aangaan van de verzekering al eens onder behandeling voor de **andere** klacht(en)?

ja*

nee

*zo ja, van :

tot en met :

*bij welke arts(en)?

Ondergetekende

Anders, nl.

Naam

Adres

Postcode

Gemeente

Telefoon

E-mail

Naam

Adres

Postcode

Gemeente

Telefoon

E-mail

Voor welke klacht(en)?

¹. Indien er sprake is van een verkeersongeval:

Plaats :

Datum : / /

Is er een proces-verbaal opgemaakt?

ja*

nee

*zo ja, wat is het procesverbaalnummer :

Gebruikt de verzekerde medicijnen? ja* nee

*zo ja, welke?

| |
|--|
| |
| |
| |

sinds wanneer?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

om welke reden?

| |
|--|
| |
| |
| |

Handtekening + stempel van de huisarts

| |
|--|
| |
|--|

MEDISCHE MACHTIGING ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN VERKLARING

Ondergetekende (verzekerde) verklaart dat hij machtiging verleent aan de medisch adviseur van Cardif, om kennis te nemen van zijn medische gegevens en/of dossier(s) en verleent hierbij tevens toestemming aan:

- zijn behandelend en behandeld hebbende (para)medici;
- de medisch adviseur(s) van andere verzekeringsmaatschappijen dan Cardif;
- al zijn (voormalige) werkgevers;

om alle inlichtingen omtrent zijn gezondheidstoestand aan de medisch adviseur van Cardif te verschaffen.

Ondergetekende verklaart dat hij dit schadeaangifteformulier naar waarheid heeft ingevuld en is zich ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave de verzekeraar van haar verplichtingen kan ontslaan conform de van toepassing zijnde algemene verzekeringsvoorwaarden.

In geval de onderschreven polis een lening dekt en voor zover ondergetekende de begunstigde ervan is, geeft hij, zich sterkmakend voor alle eventuele medebegunstigden, aan Cardif de toestemming tot betaling van de maandelijkse uitkeringen aan de kredietinstelling en dit ten belope van het nog verschuldigd saldo tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid.^(*)

Ondergetekende verklaart dat de verstrekte inlichtingen correct zijn en aanvaardt het verlies van alle rechten in geval van valse verklaring.

De gegevens die ondergetekende meedeelt mogen verwerkt worden door Cardif met het oog op het beheer van de schadegevallen (Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

Ondergetekende kan bijkomende inlichtingen bekomen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, en heeft een recht van toegang en verbetering van deze gegevens bij Cardif.

Datum

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Handtekening verzekerde

| |
|--|
| |
|--|

Daar waar in deze machtiging CARDIF staat, dient tevens gelezen te worden CARDIF Leven N.V. en/of CARDIF Assurance Vie N.V. en/of CARDIF Assurances Risques Divers N.V. .

Daar waar in dit schadeformulier de formulering hij , begunstigde of verzekerde wordt gebruikt, kan ook zij , begunstigden of verzekerden gelezen worden.

(*) Schrappen bij niet akkoord.

CARDIF Leven N.V.
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 1056
CARDIF Assurance Vie N.V.
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 979
CARDIF Assurances Risques Divers N.V.
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 978



CARDIF

Bergensesteenweg 1424
1070 BRUSSEL
Tel.: 02/528 00 61
Fax.: 02/ 528 00 60
e-mail: claims@cardif.be