



Ziek- en herstelmeldingen collectieve WIA-verzekering

Werkgever

Polisnummer _____
Naam werkgever _____
Vestigingsadres _____
Postcode en plaats _____
Contactpersoon _____
Telefoonnummer _____
E-mail adres _____
Aansluitnummer UWV _____

Persoonsgegevens werknemer

BSN-nummer _____ man vrouw Geb. datum ____ ____

Voorletters en achternaam
(bij gehuwde vrouw ook de
meisjesnaam) _____ tel. nr. _____
Adres waar werknemer te
bereiken is _____
Postcode en woonplaats _____
Datum indiensttreding _____
Bruto jaarsalaris € _____
Beroep/Functie _____
Soort dienstverband vast parttime _____% tijdelijk tot

Werkuren per week _____

Ziekmelding (alleen invullen bij de eerste melding van dit ziektegeval)

Datum eerste ziektedag _____
Percentage arbeidsongeschiktheid _____ %
Wat is de aard en oorzaak van het verzuim?

Is het verzuim privé- of werkgerelateerd? privé werk niet van toepassing
Is sprake van verstoring van de arbeidsrelatie? nee ja
Is zwangerschap de oorzaak van het verzuim? nee ja (dit dient u zelf ook te melden bij het UWV)
Zwangerschaps- en bevallingsverlof van _____ tot _____
Is het verzuim veroorzaakt door een ongeval? nee ja, namelijk _____
Is het ongeval veroorzaakt door schuld derden? nee ja

Bestaat er recht op uitkering uit een andere verzekering?

nee ja: ZW WAO/WIA anders _____

indien WAO/WIA svp meest recente UWV beschikking meesturen

Is sprake van een vangnetconstructie?

nee ja

Heeft de werknemer in de voorafgaande 2 maanden eerder verzuimd?

nee ja: van _____ tot _____

Wat is de verwachte hersteldatum ?

Heeft u nog meer te melden wat voor de beoordeling van deze schademelding van belang kan zijn?

Bij ruimtegebrek mag u dit ook in een aparte bijlage vermelden

Herstelmelding / vervolgmelding (altijd invullen bij wijziging van de arbeidsongeschiktheid)

Hersteldatum (dit kan een vrije dag zijn)

Wijziging arbeidsongeschiktheid per

_____ Percentage arbeidsongeschiktheid _____ %

_____ Percentage arbeidsongeschiktheid _____ %

Werkzaam op arbeidstherapeutische basis per

_____ Percentage arbeidsongeschiktheid _____ %

_____ Percentage arbeidsongeschiktheid _____ %

Controle en begeleiding

Welke deskundige dienst voert de controle en begeleiding uit?

Regiokantoor

Contractnummer

Contactpersoon

Functie

Telefoonnummer

Is er al een Plan van Aanpak en probleemanalyse opgesteld ?

nee ja

Zo ja, u dient een kopie mee te zenden.

Is er al een interventie- of re-integratietraject opgestart ?

nee ja

Zo ja, welk traject en waar is deze uitgezet?

U dient een kopie van het voorgestelde traject mee te zenden.

Ondergetekenden verklaren

-de vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen welke de belangen van verzekeraar of diens gevolmachtigde kunnen schaden;

-op verzoek van verzekeraar of diens gevolmachtigde de benodigde gegevens te verstrekken, voorzover deze dienen tot beperking en/of vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;

-toestemming aan verzekeraar of diens gevolmachtigde te verlenen voor het opvragen van (medische) gegevens bij de behandelend(e) arts(en), voorzover deze dienen tot beperking en/of vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering.

--van de inhoud van dit formulier te hebben kennisgenomen;

Plaats

Datum

Handtekening werkgever

Handtekening werknemer

(Naam + stempel werkgever)

Een privacyreglement is van toepassing op persoonsgegevens die onze vennootschap in een persoonsregistratie opneemt.