

**Melding arbeidsongeschiktheid en ongevallen****(Let op! Alle bedragen dienen in euro's ingevuld te worden)**In te vullen door degene die de uitkering aanvraagt. **Volledige invulling voorkomt vertraging.**Aankruisen wat  
van toepassing is:

- Arbeidsongeschiktheidsverzekering (vraag 1 t/m 8)  
 Ongevallenverzekering (vraag 1, 2, 4, 5 en 6)

**1 De polis staat op naam van:**

Polisnummer: \_\_\_\_\_

(post-)bankrekeningnummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

**2 Verzekerde**

Polisnummer: \_\_\_\_\_

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

 man  vrouw

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat:

- gehuwd  ongehuwd  samenwonend

**3 Voorzieningen elders**

Bent u in loondienst?

- 
- ja
- 
- nee

Bent u zelfstandig ondernemer?

- 
- ja
- 
- nee

Hebt u thans al recht op

uitkering uit hoofde van

de WAO of de WAZ?

- 
- ja
- 
- nee Zo ja, op basis van welk a.o. percentage? \_\_\_\_\_

Welk uitvoeringsorgaan? \_\_\_\_\_

Welk registratienummer? \_\_\_\_\_

Hebt u ook bij een andere

maatschappij een arbeids-

ongeschiktheidsverzekering?

- 
- ja
- 
- nee

Zo ja, bij welke maatschappij? \_\_\_\_\_

Is daar aangifte gedaan?

Polisnummer: \_\_\_\_\_ verzekerde bedragen: € \_\_\_\_\_

- 
- ja
- 
- nee

Zo ja, hebt u thans recht op

een uitkering?

- 
- ja
- 
- nee Zo ja, op basis van welk arbeidsongeschiktheidspercentage? \_\_\_\_\_

**4 Ziekte**

Aan welke ziekte/aandoening

lijdt u?

Wanneer zijn uw gezondheids-

klachten begonnen?

Hebt u al eerder aan dezelfde

ziekte/aandoening geleden?

- 
- ja
- 
- nee

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

**5 Ongeval**

Op welke datum en waar vond

het ongeval plaats?

Hoe gebeurde het ongeval?

datum: \_\_\_\_\_ plaats: \_\_\_\_\_

Waaruit bestaat het u

overkomen letsel?

Werd er proces-verbaal  
opgemaakt?

- 
- ja
- 
- nee

Zo ja, door welk bureau? \_\_\_\_\_

**6 Behandeling**

Op welke datum werd de huisarts voor het eerst geraadpleegd?  
Wie is uw huisarts?

naam: \_\_\_\_\_  
adres: \_\_\_\_\_  
postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_  
 ja  nee Zo ja, naam en adres specialist: \_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling van een specialist?  
Zijn er medicijnen voorgeschreven?  
Vindt ziekenhuisopname plaats?

ja  nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
 ja  nee Zo ja, in welk ziekenhuis? \_\_\_\_\_  
Opname datum: \_\_\_\_\_

Zal er een operatie plaatsvinden?

ja  nee Zo ja, welke en wanneer? \_\_\_\_\_

**7 Beroep**

Wat is uw beroep?  
Waaruit bestaan uw dagelijkse werkzaamheden?  
De arbeid is:

\_\_\_\_\_ uur leidinggevend \_\_\_\_\_ uur meewerkend \_\_\_\_\_ uur administratief

Hoeveel km reist u per auto voor uw beroep?

\_\_\_\_\_ km

Hebt u personeel?  
Is het bedrijf uw eigendom?  
Bedrijfsadres:

Zo ja, hoeveel personen: \_\_\_\_\_  
 ja  nee Zo ja, welke rechtsvorm heeft het bedrijf? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wat is uw huidige jaarinkomen?  
Verricht u behalve uw hoofdberoep nog bijwerk?

€ \_\_\_\_\_  
 ja  nee  
Zo ja, welk en sinds wanneer? \_\_\_\_\_

Is er sedert de ingangsdatum van de verzekering wijziging gekomen in uw beroepswerkzaamheden?

ja  nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

**8 Arbeidsongeschiktheid**

Op welke datum hebt u uw werk geheel of gedeeltelijk gestaakt?  
In welke mate vindt u zichzelf arbeidsongeschikt?

dag \_\_\_\_\_ maand \_\_\_\_\_ jaar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welke van uw beroepswerkzaamheden kunt u thans niet verrichten?

\_\_\_\_\_

Hebt u extra personeel moeten aannemen?

ja  nee

Wanneer verwacht u weer in staat te zijn uw werk te kunnen hervatten?

\_\_\_\_\_

**Ondertekening**

Ondergetekende verklaart dat alle vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord en niets is verzwegen wat voor de beoordeling van deze melding van belang kan zijn. Tevens verklaart ondergetekende ermee akkoord te gaan dat de medisch adviseur van De Amersfoortse aan de schadebehandelaar(s) die medische gegevens verstrekt die van belang zijn bij het behandelen van deze melding.

Plaats: \_\_\_\_\_ datum: \_\_\_\_\_ jaar: \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde:  
.....  
.....  
.....

Assurantie-adviseur:

Relatienummer: