

MELDINGSFORMULIER

ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Polisnummer Allianz

1. Verzekerde

Naam
Voorletters M V
Adres
Postcode
Woonplaats
Telefoon
Mobiel
Geboortedatum
Mailadres
Burgerservicenr.

2. Uw beroep/bedrijf

a. Aard van de werkzaamheden

Sinds (dag / maand / jaar)

b. Wat was de hoogte van uw persoonlijk inkomen uit arbeid voor belastingen de afgelopen 3 jaar?

Jaar Bedrag €

Jaar Bedrag €

Jaar Bedrag €

c. Welke rechtsvorm heeft het bedrijf?

BV NV VOF Eenmanszaak

Anders

Aant. personeelsleden

d. Wat was de bedrijfswinst voor belastingen de afgelopen drie jaar?

Jaar Bedrag €

Jaar Bedrag €

Jaar Bedrag €

e. Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? uur

f. Wat is de procentuele verdeling van deze tijd?

Administratieve werkzaamheden %

Verkopend/leidinggevend(niet reizend) %

Verkopend (reizend) %

Fysieke werkzaamheden %

3. Uw situatie

a. Bent u elders voor arbeidsongeschiktheid of ongevallen(-inzittenden) verzekerd? Nee

Ja, verzekerd bedrag €

Maatschappij

Polisnummer

b. Bent u geheel of gedeeltelijk in loondienst?

Nee

Ja, geheel

Ja, gedeeltelijk

c. Ontvangt verzekerde thans een uitkering krachtens een of meer sociale verzekeringswetten of voorzieningen?

Nee

Ja, naam bedrijfsvereniging

Registratienummer

d. Waaruit bestaan de klachten en sinds wanneer?

Sinds (dag / maand / jaar)

- e. Op welke datum hebt u zich voor bovengenoemde klachten voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?
- f. Bij wie heeft u zich onder behandeling gesteld?
- g. Heeft u reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?
 Nee
 Ja, wanneer en hoe lang
- h. Sinds wanneer heeft u uw beroepswerkzaamheden geheel of gedeeltelijk gestaakt? (dag/ maand / jaar)
 Voor welk percentage acht u uzelf arbeidsongeschikt? %
 Welke werkzaamheden kunt u wel verrichten?
- i. Wanneer verwacht u uw werk te kunnen hervatten?
 (dag/ maand / jaar)

Inhouding loonheffingen en loonheffingskorting

Op uw uitkering worden de wettelijk verplichte loonheffingen (loonbelasting, premies volksverzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet) ingehouden. De uitkering die u ontvangt is daardoor netto.

Er vindt geen inhouding plaats indien de rechtsvorm van uw bedrijf een BV is en de BV ook de verzekeringsnemer is. U heeft recht op loonheffingskorting indien u een uitkering (of loon) ontvangt. U betaalt daardoor minder belasting en premies volksverzekering. Deze korting kan echter maar door één uitkeringsinstantie (of werkgever) worden toegepast. Indien u wilt dat wij de loonheffingskorting toepassen, dan kunt u dat hieronder aangeven.

Wilt u dat Allianz in verband met deze arbeidsongeschiktheidsmelding de loonheffingskorting toepast?

Ja Nee

Kijk voor meer informatie op www.belastingdienst.nl en zoek via de term 'inhouding loonheffing op uitkering bij arbeidsongeschiktheid'. U kunt ook bellen met de BelastingTelefoon via telefoonnummer 0800 - 05 43. Zij zijn bereikbaar van maandag tot en met donderdag van 08.00 tot 20.00 uur en op vrijdag van 08.00 tot 17.00 uur.

Ondergetekende verklaart:

- bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze arbeidsongeschiktheid te hebben verzwegen;
- dit meldingsformulier en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Plaats

Datum

Handtekening verzekerde

Bewaar

Print

Wis

U kunt dit formulier bewaren en mailen aan:
inkomen.schade.individueel@allianz.nl

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centrale Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen, eigendom van Stichting CIS te Zeist.

Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl.

Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

Uw persoonsgegevens

We behandelen uw persoonlijke gegevens zorgvuldig. We doen dit volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.

U kunt de gedragscode lezen op de website van het Verbond van Verzekeraars: www.verzekeraars.nl.

We gebruiken uw gegevens voor het volgende:

- Om het mogelijk te maken de verzekering af te sluiten, uit te voeren en te beheren;
- Om fraude te voorkomen en te bestrijden;
- Om ons aan wet- en regelgeving te houden.

Soms wisselen we uw gegevens uit met bedrijven waarmee wij samenwerken. Met deze bedrijven hebben wij afspraken gemaakt om zorgvuldig met uw gegevens om te gaan.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar ons privacy statement op www.allianz.nl/privacy.

ALLIANZ MACHTIGING

Machtiging

Toestemming voor het geven van medische gegevens door uw arts aan de medische adviseur voor de beoordeling van uw ziekmelding op:

d.d.: (dag/ maand / jaar) met als aandoening(en) c.q. klachten en verschijnselen:

Polis- of schadenummer	<input type="text"/>
Achternaam	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voornaam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Mijn huisarts	<input type="text"/>
Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>

Ik, verzekerde, geef toestemming aan de hierboven genoemde huisarts om gegevens over mijn gezondheid aan de medisch adviseur van Allianz Inkomensverzekeringen te verstrekken. Deze toestemming geldt voor de eerder aangegeven ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of klacht(en). Met deze toestemming mag mijn huisarts de feitelijke, gerichte vragen van de medisch adviseur beantwoorden, zoals:

- Welke ziekte, aandoening, gebrek of klacht heeft/had verzekerde precies,
- Sinds wanneer heeft/had verzekerde deze ziekte, aandoening, gebrek of klacht,
- Welk onderzoek heeft/had verzekerde en wat waren de uitslagen van dit onderzoek,
- Welke diagnose(n) werd(en) gesteld,
- Welke behandeling(en) heeft/had verzekerde of krijgt verzekerde nog,
- Welke resultaat heeft/had de behandeling?

Plaats	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Handtekening verzekerde	<input type="text"/>

U kunt dit formulier bewaren en mailen aan:
inkomen.schade.individueel@allianz.nl

of printen en sturen naar:

Allianz Inkomensverzekeringen
Afdeling Claims
Postbus 761
3000 AT Rotterdam

Bewaar

Print

Wis

Toelichting

Wie heeft inzage in uw medische gegevens? Uw medische gegevens zijn strikt vertrouwelijk. In de wet staat wat wel en wat niet mag met uw medische gegevens. Alleen een arts mag uw medische gegevens inzien. Bij een verzekeraar heeft deze arts een medisch adviseur. Het kan voorkomen dat bij de verzekeraar ook iemand anders dan de medisch adviseur bepaalde medische gegevens nodig heeft. Bijvoorbeeld om te kunnen beslissen over uw aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De medisch adviseur geeft dan zo min mogelijk medische informatie. Hij geeft alleen die informatie die echt nodig is. De medewerker die de medische informatie ontvangt, moet deze informatie strikt vertrouwelijk behandelen.

Soms werken wij samen met een herverzekeraar die een deel van uw schade-uitkering voor haar rekening neemt. Het kan dan nodig zijn dat onze medisch adviseur de gegevens ook aan de medisch adviseur van de herverzekeraar verstrekt. De medisch adviseur van de herverzekeraar is ook een arts, en behandelt uw gegevens met dezelfde vertrouwelijkheid als onze eigen medisch adviseur.

Over het vertrouwelijke karakter van uw medische gegevens kunt u meer lezen in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen in het Protocol Verzekeringskeuringen. De verzekeraars en de medisch adviseurs moeten zich daaraan houden. Zowel de Gedragscode als het Protocol kunt u opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoonnummer 070-3338777.

U kunt deze informatie ook via de website www.verzekeraars.nl downloaden.