

## MEDISCHE MACHTIGING ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN VERKLARING

Gegevens door verzekerde in te vullen:

Achternaam	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Tel. privé	<input type="text"/>	Tel. overdag	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geboorteplaats	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	E-mail adres	<input type="text"/>

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

- zijn behandelend en behandelend hebbende (para)medici;
- zijn controlerende artsen en arbeidsdeskundigen van bedrijfsverenigingen Arbodiensten en de medische dienst van de uitvoeringsorganen der sociale verzekeringswetten;
- de medisch adviseur(s) van andere verzekeringsmaatschappijen dan Cardif;
- alle verder (onafhankelijke) keurende artsen;
- al zijn (voormalige) werkgevers.

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

Tevens verleent ondergetekende aan de geneeskundig adviseur van Cardif toestemming om die medische gegevens, welke naar oordeel van laatstgenoemde voor de behandeling van de zaak van belang zijn, ter kennis te brengen aan de:

- (claim)behandelende medewerkers (de functionele eenheid) van Cardif;
- behandelend/keurende artsen;
- verzekeringsgeneeskundige c.q. medische adviseur van de uitvoeringsorganen der sociale verzekeringswetten, de GMD, de bedrijfsvereniging en van Arbodiensten;
- Rechtbank of andere rechtsprekende instantie.

Deze machtiging is geldig tot de door verzekerde ingediende claim volledig is afgewikkeld en kan slechts schriftelijk worden ingetrokken door verzekerde zelf.

Ondergetekende verklaart dat hij dit formulier 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.

Datum

  

dossiernummer  
(door Cardif in te vullen)

Handtekening verzekerde

Voor alle gegevens geldt dat zij worden beheerd door de geneeskundig adviseurs. De geneeskundig adviseurs vormen in het kader van de medische informatieverstrekking tezamen met arbeidsdeskundigen, schaderegelaars/-correspondenten, juristen en andere directe medewerkers met betrekking tot deze kwestie zogenaamde functionele eenheden. Aan de leden van deze functionele eenheden zullen daarom die medische gegevens worden verstrekt, die voor de behandeling van deze zaak van belang en noodzakelijk zijn.

Daar waar in deze machtiging Cardif staat, dient gelezen te worden "CARDIF Schadeverzekeringen N.V."

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

## AANGIFTEFORMULIER

- Arbeidsongeschiktheid
- Ernstige aandoeningen
- Ziekenhuisopname

### BELANGRIJKE INFORMATIE VOORAF:

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

Op deze manier voorkomt u vertraging van uw claimbeoordeling. Wij kunnen alleen volledig ingevulde en ondertekende aangifteformulieren in behandeling nemen. Indien de invulruimte op dit formulier niet voldoende is, dan kunt u de resterende informatie op een apart blad bijvoegen. U dient elk blad van uw naam en uw handtekening te voorzien.

Dit formulier dient door verzekerde ingevuld en ondertekend te worden.

Wanneer u reeds een WIA-keuring heeft ondergaan, wilt u dan zo vriendelijk zijn een kopie van de definitieve beschikking van het UWV waaruit het afkeuringspercentage blijkt bij te voegen. (inclusief de medische rapportage)

Wij verzoeken u tevens een kopie van de laatst ontvangen loonstrook van uw (laatste) werkgever mee te sturen.

### CLAIMBEHANDELINGSTRAJECT

Stuur dit volledig ingevulde formulier inclusief bijlage (medische informatie) naar:  
CARDIF Schadeverzekeringen N.V.  
t.a.v. Afdeling Claims  
Postbus 4006  
4900 CA OOSTERHOUT

Wij nemen uw aangifte in behandeling en de geneeskundig adviseur zal informatie inwinnen bij instanties c.q. personen om ons in staat te stellen uw claim objectief te kunnen beoordelen.

Voor vragen over dit formulier kunt u contact opnemen met de afdeling Claims.  
Deze afdeling is op werkdagen bereikbaar tussen 8:30 en 17:15 uur op telefoonnummer:  
0162 - 486 069

faxnummer afdeling Claims:  
0162 - 486 080

Wij attenderen u hierbij op Cardif Cares, onze kosteloze en vrijblijvende service. Meer informatie kunt u vinden op [www.cardifcares.nl](http://www.cardifcares.nl) en in de algemene verzekeringsvoorwaarden.

## PERSOONLIJKE INFORMATIE

Polis-/certificaat-/klantnummer

Contractnummer van de lening  
(indien van toepassing)

Ingangsdatum verzekering

Rekeningnummer  
(kopie bankafschrift verplicht meesturen)\*

bank  giro

Burgerservicenummer (verplicht invullen)

\*U kunt de transacties onherkenbaar maken

## INFORMATIE WERKGEVER(S)

Bent u in loondienst?

ja  nee\*

\* indien zelfstandige  
uittreksel KvK meesturen

Indien u in de 12 maanden voorafgaande aan de aanvraag/ingang van uw verzekering werkzaam bent geweest bij (een) andere werkgever(s) dan uw huidige werkgever, geef dan hieronder deze werkgever(s) aan!

Naam huidige cq. laatste werkgever(s)

Adres

Postcode

Plaats

Telefoon

In dienst vanaf

(kopie laatst ontvangen loonstrook bijsluiten)

Beroep en aard van de  
werkzaamheden bij huidige cq. laatste werkgever

Naam werkgever 1.

Adres

Postcode

Plaats

In dienst

van

tot en met

Naam werkgever 2.

Adres

Postcode

Plaats

In dienst

van

tot en met

## GEGEVENS ARBODIENST ( van huidige of laatste werkgever(s) )

Naam controlerende Arbodienst

Naam controlerende Arbo-arts

Adres

Postcode

Plaats

Telefoon

## UITKERENDE INSTANTIE ( UWV )

Naam uitkerende instantie

Bent u in het verleden reeds  
eerder gekeurd voor de WAO / WAZ  
of Wajong?

ja\*  nee

\*zo ja: wanneer?

\*zo ja: kopie van keuringrapport meesturen

Adres

Postcode

Plaats

Telefoon

## OVERIGE INFORMATIE ( indien van toepassing )

Is het risico van  
arbeidsongeschiktheid ook  
elders verzekerd?

ja\*  nee

\* zo ja: welke maatschappij en polisnummer

Verzekerd maandbedrag

Looptijd

van

tot en met

## ALGEMENE MEDISCHE INFORMATIE (svp nauwkeurig invullen )

Sinds wanneer ervaart u uw huidige klachten?

Datum eerste bezoek van/aan huisarts voor de huidige klacht(en)

Datum ziekmelding bij werkgever i.v.m. uw huidige klachten

Naam huisarts

Wanneer verwacht u weer aan het werk te gaan of wanneer bent u weer aan het werk gegaan?

Datum van inschrijving bij bovenstaande huisarts

Adres huisarts

Postcode

Woonplaats

Telefoon

Wat is de oorzaak dat u momenteel ziek/arbeidsongeschikt bent?

Is er sprake van een (verkeers-) ongeval?<sup>1</sup>

 ja\*  nee

\*Datum van het ongeval

<sup>1</sup>Indien sprake van verkeersongeval:

Datum van het verkeersongeval:

Is er proces-verbaal opgemaakt?  ja\*  nee \* zo ja, wat is het procesverbaalnummer:

## AANVULLENDE MEDISCHE INFORMATIE (svp nauwkeurig invullen )

Was u vóór het aangaan van deze verzekering al eens onder behandeling voor de **HUIDIGE** klacht(en)?

 ja\*  nee

\* zo ja, wanneer?

\* bij welke arts(en)

 huidige huisarts  
 anders, nl:

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoon

Was u vóór het aangaan van deze verzekering al eens onder behandeling voor **ANDERE** klacht(en)?

 ja\*  nee

\* zo ja, van

tot en met

\* welke klacht(en)

\* bij welke arts(en)

 huidige huisarts  
 anders, nl:

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoon

## MEDICIJN GEBRUIK

Gebruikt u medicijnen?

 ja\*  nee

\* zo ja, welke

\* voor welke klacht(en)

\* sinds wanneer? (exacte datum vermelden)