

Vragenformulier medische oorzaak arbeidsongeschiktheid en/of blijvende invaliditeit

Dit formulier is een aanvulling op het Meldingsformulier arbeidsongeschiktheid of Meldingsformulier ongeval. Wij gaan vertrouwelijk om met uw gegevens.

1. VERZEKERDE

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer waarop u bereikbaar bent: _____

Polisnummer: _____

2. UW ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Wat is de oorzaak van uw arbeidsongeschiktheid? _____

Wanneer heeft u in verband hiermee voor het eerst een arts geraadpleegd? _____

Welke arts/specialist/therapeut was dat?

Naam behandelaar: _____

Specialisme behandelaar: _____

Naam ziekenhuis: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Door welke arts/specialist/therapeut wordt u nu behandeld?

Naam: _____

Specialisme: _____

3. GEGEVENS VAN UW HUISARTS

Naam van uw huisarts: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

4. UW VERBLIJFADRES

Waar verblijft u momenteel? thuis ziekenhuis ergens anders

Naam ziekenhuis: _____

Adres verblijfplaats: _____

Postcode en plaats verblijfplaats: _____

Kunt u op het spreekuur van een arts komen? nee ja

5. ONDERTEKENING

Bescherming persoonsgegevens

Bij de aangifte van de schade vragen wij om uw persoonsgegevens. Wij gebruiken deze voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, het uitvoeren van marketingactiviteiten, het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, statistische analyse en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Wij voeren een verantwoord acceptatie- en schadebeleid.

Dat betekent dat wij risico's inschatten en fraude willen voorkomen. Het kan zijn dat wij daarom uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist of dat wij uw gegevens aan hen aanleveren. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Dit reglement en overige informatie over de stichting vindt u op www.stichtingcis.nl.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. U kunt de volledige tekst van de Gedragscode raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. Of vraag hem op bij het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag. U kunt ook bellen met (070) 333 85 00.

Let op! U heeft een mededelingsplicht

U bent als verzekeringnemer en/of verzekerde verplicht om bij het doen van een schadeaangifte alle informatie aan de verzekeraar te verstrekken. Wij verzoeken u dan ook om al onze vragen voor deze schadeaangifte zo volledig mogelijk en naar waarheid te beantwoorden. Zijn er nieuwe feiten en omstandigheden bij u bekend nádat wij uw aangifte hebben ontvangen, maar nog vóórdát wij definitief over uw aangifte hebben beslist? Dan moet u ons dit alsnog zo spoedig mogelijk laten weten. Als na de schadeaangifte blijkt dat u één of meerdere vragen onjuist of onvolledig heeft beantwoord, dan kunnen wij het recht op uitkering beperken of zelfs laten vervallen. Als u ons opzettelijk misleidt of als wij bij kennis over de werkelijke stand van zaken de verzekering niet zouden hebben gesloten, hebben wij het recht om de verzekering op te zeggen.

Ondertekening

Verzekeringnemer/verzekerde (ondergetekende) verklaart:

- dat hij alle vragen naar waarheid en volledig heeft beantwoord;
- dat hij geen bijzonderheden over deze schade heeft verzwegen;
- dat hij de alinea's 'Bescherming persoonsgegevens' en 'Let op! U heeft een mededelingsplicht' heeft gelezen;
- dat hij de eventueel nog nadere gegevens aan a.s.r. zal verstrekken die nodig zijn om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen en die mede het recht op uitkering bepalen.

Datum:

Handtekening verzekerde:

6. WAAR MOET IK DIT FORMULIER NAAR TOESTUREN?

Vragenformulier medische oorzaak arbeidsongeschiktheid en/of blijvende invaliditeit

In het kader van uw privacy is het belangrijk dat u dit vragenformulier naar een ander adres stuurt dan uw meldingsformulierformulier: Stuur het volledig ingevulde vragenformulier met daarop een aantal medische gegevens naar a.s.r. via:

- E-mail: Scan uw vragenformulier en mail deze naar medisch-adviseurgnl@asr.nl.
- Post: ASR Nederland N.V., Medisch adviseur GNL, Antwoordnummer 6203, 3500 VC Utrecht.

Meldingsformulier arbeidsongeschiktheid

Naast dit vragenformulier moet u ook een meldingsformulier invullen. Stuur het volledig ingevulde meldingsformulier naar a.s.r. via:

- E-mail: Scan het aanvraagformulier en mail deze naar simagnl@asr.nl. Vermeld bij het onderwerp van uw e-mail: Arbeidsongeschiktheidsmelding.
- Post: ASR Nederland N.V., Schadebehandeling Inkomen GNL, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht.

Let op!

- U bent verplicht a.s.r. direct op de hoogte te stellen wanneer u uw werkzaamheden geheel of gedeeltelijk hervat. Of wanneer u geheel of gedeeltelijk bent hersteld.
- Medische gegevens worden door onze medische adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de behandeling van uw arbeidsongeschiktheidsmelding kan het noodzakelijk zijn om een of meer behandelaars in te schakelen, zoals bijvoorbeeld een verzekeringsarts of een arbeidsdeskundige. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaars alleen die informatie verstrekken, die voor de behandeling van uw arbeidsongeschiktheidsmelding belangrijk is. Bij deze eventuele verstrekking van informatie rust op de behandelaars een afgeleide geheimhoudingsplicht.