

# Melding van arbeidsongeschiktheid

Om vertraging in de afhandeling te voorkomen, verzoeken wij u dit formulier volledig in te vullen.

Deze melding betreft:	<input type="checkbox"/> een eerste melding van arbeidsongeschiktheid; <input type="checkbox"/> een melding van zwangerschap, met als vermoedelijke datum van bevalling: <input type="text"/>
Cliëntnummer	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>
Schadenummer/AOV referentienummer	<input type="text"/>

## 1. Algemene gegevens

(Altijd alles volledig invullen. Schrijf ook de eventuele tussenvoegsels bij uw naam volledig op, zonder afkortingen.)

### Verzekerde

1.1	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
1.2	Naam en voorletter(s) <input type="text"/>	
1.3	Adres <input type="text"/>	
1.4	Postcode + woonplaats <input type="text"/>	
1.5	Telefoonnummer <input type="text"/>	1.6 IBAN <input type="text"/>
1.7	E-mailadres <input type="text"/>	
1.8	Geboortedatum <input type="text"/>	1.9 Burgerservicnr. <input type="text"/>
1.10	Hoe wilt u uw post ontvangen?	<input type="checkbox"/> per mail <input type="checkbox"/> per post
1.11	Is een kopie van een geldig legitimatiebewijs toegevoegd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

(Van een Nederlands paspoort hoeft alleen bladzijde 2 te worden gekopieerd en van een identiteitskaart moeten de voor- en achterzijde zijn gekopieerd. Een rijbewijs wordt niet geaccepteerd als een geldig document om uw identiteit vast te stellen.

Alleen indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is, waarvoor de inhoudingsplicht niet geldt, is geen kopie legitimatie nodig.)

**Vergeet u niet de loonbelastingverklaring in te vullen? Deze vindt u op dat laatste pagina van dit formulier**

### Verzekeringnemer (invullen als verzekeringnemer niet gelijk is aan verzekerde)

1.12	bedrijf	
1.13	Bedrijfsnaam/handelsnaam	<input type="text"/>
1.14	Adres	<input type="text"/>
1.15	Postcode + woonplaats	<input type="text"/>
1.16	Telefoonnummer	<input type="text"/>
<b>Bedrijf</b>		
1.17	Bedrijfsnaam/handelsnaam	<input type="text"/>
1.18	Adres	<input type="text"/>
1.19	Postcode + plaats	<input type="text"/>
1.20	Land	<input type="text"/>
		1.21 Website <input type="text"/>

## 2. Vragen in verband met de arbeidsongeschiktheid

2.1	Sinds wanneer heeft u uw beroeps- werkzaamheden gestaakt?	Sinds	<input type="text"/>
2.2	Wanneer u geen melding heeft gedaan binnen 14 dagen, wat is dan hiervan de reden?		<input type="text"/>
2.3	Wat is volgens u de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid?		<input type="text"/>
2.4	Welke klachten heeft u?		<input type="text"/>
2.5	Wanneer hebben zich de eerste verschijnselen voorgedaan?		<input type="text"/>
2.6	Heeft u al eerder dezelfde klachten gehad?	ja	nee
	Zo ja, gedurende welke periode?		<input type="text"/>
2.7	Wanneer verwacht u uw werk- zaamheden te kunnen hervatten		<input type="text"/>
2.9	Hoe wordt uw uitval binnen uw bedrijf opgevangen?		<input type="text"/>

2.10 Welke werkzaamheden verrichtte u voor uw arbeidsongeschiktheid en welke werkzaamheden kunt u nu nog verrichten? (in uren van uw normale gemiddelde arbeidsuren per week)

Voor arbeidsongeschiktheid

Op dit moment

Handarbeid	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
Administratie	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
Verkopen	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
Adviseren	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
Leidinggeven/toezicht houden	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
Reizen	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
Bezorgen	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
Besprekingen/vergaderingen	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur
	_____		_____	
Totaal aantal uren	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	uur

### 3. Huisarts/specialist/ziekenhuis

3.1 Op welke datum heeft u voor het eerst de huisarts of specialist geraadpleegd?  
(Voor de bepaling van de eerste dag van arbeidsongeschiktheid wordt uitgegaan van de datum waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.)

Indien u nog niet een bevoegd arts bezocht heeft wat is daarvan de reden?

3.2 Naam huisarts

Woonplaats

3.3 Bent u of was u onder behandeling van een specialist?

ja

nee

Naam specialist

Specialisme

Ziekenhuis

Woonplaats

3.5 Wat is de opnamedatum?

Moet u geopereerd worden?

ja

nee

Zo ja, waaraan en wanneer?

### 4. Ongeval (indien van toepassing)

4.1 Kunt u een korte omschrijving geven van het ongeval?

## 5. Bedrijf en beroep

- 5.1 Welk beroep oefent u uit?
- Waaruit bestaan uw dagelijkse werkzaamheden?
- 5.2 Oefent u een nevenberoep uit? ja      nee
- Zo ja, welk nevenberoep?
- Zo ja, in loondienst? in loondienst in ander beroep
- Welk percentage van uw tijd besteedt u aan het nevenberoep?  %

## 6. Inkomensgegevens

Wilt u hier de feitelijke inkomensgegevens over de 3 jaren voor arbeidsongeschiktheid opgeven. Wij behouden ons het recht voor om de officiële financiële stukken op te vragen.

- 6.1 U bent ondernemer of vrije beroepsuitoefenaar

Winst of winstaandeel zoals volgt uit de jaarrekening: voor belasting en toepassing van de faciliteiten, vermeerderd met de fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.  
(Vul hier uw aandeel in.)

jaar	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
jaar	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
jaar	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
Gemiddeld over 3 jaar		€	<input type="text"/>

- 6.2 U bent DGA

Het loon van de DGA, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001, inclusief vakantiegeld, gratificaties en tantièmes.

jaar	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
jaar	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
jaar	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
Gemiddeld over 3 jaar		€	<input type="text"/>

## 7. Uitkeringen

- 7.2 Bent u elders voor arbeidsongeschiktheid verzekerd? ja      nee

## 8. Slotvragen

Heeft u i.v.m. deze melding van arbeids-ongeschiktheid nog mededelingen die voor de verzekeraar van belang kunnen zijn? ja      nee

Zo ja, dan hier graag aangeven

## 9. Toelichting

Deze ruimte kunt u gebruiken om een toelichting te geven indien de beantwoording van een vraag daar aanleiding toegeeft en u daarvoor onvoldoende ruimte heeft.

## 10. Ondertekening

Ondergetekende(n) verklaart/verklaren:

- 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;
- deze verklaring van arbeidsongeschiktheid en de eventueel nog nader gewenste gegevens aan de verzekeraar te verstrekken om de omvang van de arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering vast te stellen;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Voor alle medische gegevens geldt dat zij worden beheerd door de medisch adviseur. De medisch adviseur vormt tezamen met arbeidsdeskundigen, claimbehandelaars en andere directe medewerkers met betrekking tot de melding van arbeidsongeschiktheid een zogenaamde functionele eenheid. Voor de behandeling van de claim is het nodig dat de leden van de functionele eenheid kennis hebben van de medische gegevens. De medisch adviseur zal daarom de overige leden van de functionele eenheid de medische gegevens verstrekken die van belang kunnen zijn voor het behandelen van deze arbeidsongeschiktheidsmelding.

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem en/of in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De privacyreglementen van de Stichting CIS en de maatschappij zijn op deze registraties van toepassing en liggen ter inzage bij de maatschappij.

### Hiermee verklaart u dat u dit formulier naar waarheid heeft ingevuld

Plaats

Datum

Naam en voornamen

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens en eventuele andere gegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij N.V. Univé Schade, Postbus 15, 9400 AA Assen, of via [unive.nl](https://www.unive.nl).

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de verzekeraar uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie [stichtingcis.nl](https://www.stichtingcis.nl).

# Loonbelastingverklaring

## Waarom dit formulier?

Univé houdt loonheffing in op uw uitkering. Voor uw uitkering zijn dat loonbelasting/premie volksverzekeringen en de inkomensafhankelijke premie Zorgverzekeringswet. Voor de inhouding moeten wij uw persoonlijke gegevens registreren. Met dit formulier geeft u deze gegevens op. Verder geeft u aan of u wilt dat wij de loonheffingskorting toepassen. Wij houden dan minder loonbelasting/premie volksverzekeringen in op uw uitkering.

Gevolgen als u geen of onvolledige gegevens opgeeft.

Indien u zich niet legitimeert en als u uw persoonlijke gegevens niet, of fout, opgeeft wordt het anoniementarief toegepast.

Dit houdt onder meer in dat over de gehele uitkering conform het hoogste belastingtarief loonbelasting/premie volksverzekeringen wordt ingehouden. Ook moeten wij over uw hele uitkering de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet berekenen.

## 1. Gegevens verzekerde

Achternaam	<input type="text"/>		
Voorletters	<input type="text"/>	tussenvoegsel	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>		
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Indien u niet in Nederland woont wilt u dan het land en de regio opgeven waar u woont?	<input type="text"/>		
Burgerservicnr.	<input type="text"/>		

## 2. Loonheffingskorting toepassen (zie toelichting)

Wilt u dat Univé rekening houdt met de loonheffingskorting?	ja,	vanaf	<input type="text"/>
	nee,	vanaf	<input type="text"/>

U kunt de loonheffingskorting maar door één verzekeraar, werkgever of uitkeringsinstantie tegelijkertijd laten toepassen.

### 3. Ondertekening

Hiermee verklaart u dat u dit formulier naar waarheid heeft ingevuld

Plaats

Datum

Naam en voornamen

### Toelichting bij de vragen

#### Bij vraag 2

De algemene heffingskorting is een korting die u ontvangt op de te betalen inkomstenbelasting en premie voor sociale verzekeringen. Iedereen heeft recht op deze korting. Univé berekent automatisch de korting voor u in de vorm van een loonheffingskorting. U krijgt deze korting maar bij één verzekeraar, werkgever of uitkeringsinstantie tegelijkertijd. Geef aan of u de loonheffingskorting door Univé wilt laten toepassen.

#### Let op!

Als u nu geen gebruik maakt van de loonheffingskorting, kunt u de eventueel te veel betaalde belasting na afloop van het kalenderjaar terugvragen via uw aangifte inkomstenbelasting/premie volksverzekeringen.

#### Meer informatie

Kijk voor meer informatie op [belastingdienst.nl/loonheffingen](https://belastingdienst.nl/loonheffingen). Of bel de Belasting Telefoon: 0800 05 43, bereikbaar van maandag tot en met donderdag van 8.00 tot 20.00 uur en op vrijdag van 8.00 tot 17.00 uur.

Formulier versturen

