

Collectieve Inkomens- verzekeringen van De Goudse

Meldingsformulier bij ongeschiktheid tot werken

Voor de werkgever

Belangrijk

Met dit formulier maakt u melding van ongeschiktheid tot werken van uw werknemer voor de volgende verzekeringen.

Bij de 3^e week van ongeschiktheid tot werken:

– ZW-eigenrisicoverzekering

Bij de 42^e week van ongeschiktheid tot werken:

- WGA-eigenrisicoverzekering
- WGA-gatverzekering
- WGA-gatverzekering Plus
- WIA-aanvullingsverzekering
- WIA-aanvullingsverzekering onder 35%

Let op: vermeld op dit formulier geen medische gegevens. En stuur ook geen medische gegevens mee.

Wij zijn...

Geert Bouwmeester was pas 22 toen hij in 1924 voor zichzelf begon. Een overloop werd ingericht als kantoorruimte en de eerste polissen werden op de fiets rondgebracht. Sindsdien is ons bedrijf enorm gegroeid en is er veel veranderd. Maar ondanks deze groei zijn wij nog steeds een onafhankelijk familiebedrijf en werken we nog steeds vanuit ons ondernemershart.

Verzekeringen voor ondernemers

Wij richten ons vooral op verzekeringen voor ondernemers. Mannen en vrouwen die hard werken aan het succes van hun bedrijf. Die op zoek zijn naar zekerheid en gemak. En naar goede en praktische verzekeringsoplossingen, voor elke fase van hun ondernemerschap.

Onafhankelijke adviseurs

Onze samenleving wordt steeds ingewikkelder. Particulieren en ondernemers hebben behoefte aan iemand die hen kent en een advies geeft dat helemaal is afgestemd op hun persoonlijke situatie, wensen en mogelijkheden. Daarom werken wij nauw samen met onafhankelijke adviseurs, die als geen ander in staat zijn om de juiste oplossing samen te stellen.

Collectieve Inkomensverzekeringen van De Goudse

Meldingsformulier bij ongeschiktheid tot werken

Stuurt u dit formulier volledig ingevuld en ondertekend naar:

De Goudse
Team Claims Inkomen
Antwoordnummer 10009
2800 VB Gouda

Algemeen

Dit formulier wordt gebruikt voor de beoordeling en de financiële afwikkeling van uw claim door de claimbehandelaar. U heeft door uw keuze voor deze verzekering(en) ook ondersteuning bij het re-integratieproces van uw zieke werknemer(s). Deze ondersteuning bij het re-integratieproces wordt uitgevoerd door of namens het team Verzuim- en Re-integratieondersteuning (VRA). Dit formulier wordt daarom doorgestuurd naar het team VRA. Zij ontvangen van de claimbehandelaar alleen de noodzakelijke gegevens van uw zieke werknemer en vragen bij u aanvullende gegevens op als dit nodig is. De Goudse houdt zich daarbij aan alle regels die gelden voor de bescherming van de privacy van de werknemer. In verband met een verantwoord acceptatie, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen en vastleggen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem voor in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen (CIS) te Den Haag. Dit gebeurt om risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

1. Verzekering

Voor welke verzekering wilt u een melding maken?

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> ZW-eigenrisicoverzekering* | Polisnummer |
| <input type="checkbox"/> WGA-eigenrisicoverzekering* | Polisnummer |
| <input type="checkbox"/> WGA-gatverzekering | Polisnummer |
| <input type="checkbox"/> WGA-gatverzekering Plus | Polisnummer |
| <input type="checkbox"/> WIA-aanvullingsverzekering | Polisnummer |
| <input type="checkbox"/> WIA-aanvullingsverzekering onder 35% | Polisnummer |

* Om de melding in behandeling te kunnen nemen is het belangrijk dat wij dit formulier, samen met een kopie van de loonstrook van de maand voorafgaand aan de eerste ziekte dag, hebben ontvangen.

Kunt u of uw (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemer ook aanspraak maken op een uitkering op grond van een andere verzekering dan een van deze verzekeringen (zoals Verzuim, Ongevallen of een andere WIA-verzekering)? Vult u dan hieronder de gegevens in.

Maatschappij	Polisnummer(s)	Soort verzekering

2. Gegevens werkgever/verzekeringnemer

Bedrijfsnaam _____

Loonheffingnummer _____

Naam contactpersoon/casemanager _____ Man Vrouw

Telefoonnummer contactpersoon/casemanager _____

E-mailadres contactpersoon/casemanager _____

3. Gegevens werknemer

Naam en voorletters Man Vrouw

Geboortedatum (d-m-j)

Arbeidsovereenkomst

Contracturen per week

Type overeenkomst Vast contract Tijdelijk contract

Datum indiensttreding (d-m-j) | Datum uitdiensttreding (indien van toepassing) (d-m-j)

Datum eerste ziekte dag (d-m-j)

Heeft uw werknemer meerdere werkgevers? Nee Ja, nl.

Valt uw werknemer onder de no-riskpolis van het UWV? *Dit kan het geval zijn als uw werknemer voor en/of tijdens het dienstverband bij u bijvoorbeeld een WAO/WIA/Wajong-uitkering heeft/had. U vindt meer informatie hierover op de site van het UWV.*

Nee Ja Dat weet ik niet

Ontvangt u of uw werknemer een uitkering via het UVW in verband met ziekte als gevolg van zwangerschap, orgaandonatie, WAO/ WIA/ WAJONG/ WAZ of de no-risk polis? *Let op: niet specificeren om welke uitkering het gaat.*

Nee Ja Dat weet ik niet

4. Aansprakelijkheid

Als een derde verantwoordelijk is voor de (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid van uw werknemer, bent u verplicht deze derde hiervoor aansprakelijk te stellen en de loonschade op de derde te verhalen.

Is een derde mogelijk verantwoordelijk voor de (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid van uw werknemer (bijvoorbeeld door een ongeval)?

Nee
 Ja. Heeft u deze hiervoor inmiddels aansprakelijk gesteld?

Nee
 Ja. Heeft er verhaal van loonschade plaatsgevonden?

Nee
 Ja

5. Gegevens werkhervatting

Mate van arbeidsongeschiktheid _____ %

Hoeveel uren per week werkt uw werknemer op dit moment? _____ uur

Is er sprake van een melding op de ZW-eigenrisicoverzekering?

Nee Ja. Is het verzuim bekend bij de arbodienst? Nee Ja

Is de werknemer bij de bedrijfsarts geweest? Nee Ja, op (d-m-j)

Volgen u en uw werknemer alle adviezen van zowel de arbodienst als de bedrijfsarts meteen op?

Ja Nee. Waarom niet? *Als dit een gezondheidsreden betreft, bespreek dit dan met uw arbodienst. U mag geen medische gegevens op dit formulier vermelden.*

6. Vragen

Heeft u een vraag? Stuur dan een mail naar wia_schades@goudse.com. U kunt ook hieronder aangeven dat u teruggebeld wilt worden.

- Ik wil teruggebeld worden door mijn claimbehandelaar. *Uw claimbehandelaar beoordeelt het recht op dekking. Als er sprake is van een terechte claim registreert hij uw claim en zorgt hij voor de financiële afwikkeling ervan.*
- Ik wil teruggebeld worden door mijn VerzuimCoach. *Uw persoonlijke VerzuimCoach denkt met u mee bij het voorkomen van verzuim, geeft adviezen over re-integratie van zieke werknemers en adviseert/informeert over de wettelijke verplichtingen.*
- Ik wil teruggebeld worden door mijn WGA-expert. *Uw persoonlijke WGA-expert denkt met u mee om de instroom in de WGA te beperken, bijvoorbeeld over de vervolgstappen als u van het UWV de beslissing over de WIA-aanvraag heeft ontvangen.*
- Mijn werknemer wil teruggebeld worden door de WIA-coach. *De WIA-coach begeleidt uw werknemer en denkt mee om instroom in de WIA te voorkomen. De coach maakt de financiële gevolgen van arbeidsongeschiktheid inzichtelijk en gaat samen met uw werknemer aan de slag om zo goed mogelijk zijn of haar mogelijkheden te benutten.*

Op telefoonnummer _____

7. Ondertekening

Als u dit formulier ondertekent, verklaart u:

- dat u van de inhoud van dit formulier kennis heeft genomen;
- dat u alle vragen volledig, juist en naar waarheid heeft beantwoord;
- en dat u geen informatie heeft achtergehouden die voor ons van belang kan zijn in verband met een eventuele aanspraak op een uitkering.

Datum (d-m-j) _____

Plaats _____

Naam _____

Handtekening werkgever _____

Handtekening werknemer *(Als u een melding doet voor uw ZW- of WGA-eigenrisicoverzekering is een handtekening niet nodig.)* _____