

Schadeaangifte ziekteverzuimverzekeringen

Polisnummer _____
Assurantieadviseur _____ Agentuurnummer _____

Let op! Voor een snelle en correcte afwikkeling dient u:

- Loonstroken van de desbetreffende werknemer(ster)s over de gehele periode mee te zenden;
- Een kopie van de arbo-rapportage bij te voegen.

Onvolledig ingevulde schadeaangifteformulieren worden niet in behandeling genomen.

Tevens kan dit formulier alleen gebruikt worden indien u nog geen inlogcodes voor het Werkgeversportaal van Turien & Co. heeft ontvangen. Dit formulier dient als declaratieformulier van loonschaden en kan niet gebruikt worden als ziek- en/of herstelmeldingsformulier aan uw Arbo-dienst.

1. Verzekeringnemer (*: alleen invullen indien deze gegevens gewijzigd zijn)

Naam bedrijf:* _____

Straatnaam en huisnummer:* _____

Postcode en vestigingsplaats:* _____

Contactpersoon:* _____

Telefoon- en faxnummer:* _____

Naam Arbo-dienst: * _____

Gevestigd te: * _____

Uw Giro- of bankrekeningnummer: _____

2. Schadeaangifte over de periode

Deze schadeaangifte betreft het

1e kwartaal (01-01 / 31-03)

3e kwartaal (01-07 / 30-09)

2e kwartaal (01-04 / 30-06)

4e kwartaal (01-10 / 31-12)

3. Specificatie loonbegrip

Voor welke periode geldt het opgegeven loon?

jaar

4 weken

maand

week

anders nl. _____

4. Specificatie zieke werknemers (s.v.p. volledig invullen)

Wij verzoeken u om van alle verzuimmeldingen loonstroken mee te sturen

Naam en voorletters	Geboortedatum	Sofi-nummer	Ziek van (eerste ziektedag)	Ziek tot (hersteldatum)	Arbeids- ongeschiktheids- percentage
1.					%
2.					%
3.					%
4.					%
5.					%
6.					%
7.					%
8.					%
9.					%
10.					%
11.					%
12.					%
13.					%

5. Aanvullende informatie m.b.t. verzuimmeldingen

Alleen invullen voor de verzuimmeldingen, genoemd onder vraag 4, waarop één of meerdere van de genoemde punten van toepassing zijn. S.v.p. invullen achter het overeenkomstige nummer van de betreffende werknemer bij vraag 4.

- I. Is de werknemer directeur grootaandeelhouder?
- II. Is de werknemer WIA of WAO-gerechtigd? (s.v.p. beschikking UWV meesturen)
- III. Is de werknemer op arbeidstherapeutische basis aan het werk?
- IV. Is de werknemer arbeidsongeschikt ten gevolge van; A. Zwangerschap / B. Orgaandonatie en per wanneer?
- V. Is de werknemer in de periode voorafgaand aan de dienstbetrekking WIA of WAO-gerechtigd geweest? S.v.p. datum indiensttreding opgeven.
- VI. Is de werknemer: A. Uitzendkracht / B. Oproepkracht / C. Stagiaire / D. Vakantiewerker?
- VII. Geldt voor de werknemer dat: A. hij/zij is overleden B. hij/zij 65 jaar of ouder is C. het dienstverband is beëindigd.
- VIII. Is er sprake van een ongeval waardoor een derde partij mogelijk aansprakelijk is?

	I.	II. Ja, voor	III. Ja per (d-m-j)	voor	IV. Ja, A/B, per (d-m-j) (d-m-j)	V. In dienst per	VI. A/B/C/D	VII. A/B/C/D	Per (d-m-j)	VIII.
1.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
2.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
3.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
4.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
5.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
6.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
7.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
8.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
9.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
10.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
11.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
12.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja
13.	<input type="checkbox"/> ja	%		%						<input type="checkbox"/> ja

6. Ondertekening werkgever

U verklaart met de ondertekening van dit formulier dat u van de inhoud van dit formulier kennis heeft genomen.

U verklaart dat vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid zijn beantwoord en dat u geen bijzonderheden met betrekking tot deze arbeidsongeschiktheid heeft verzwegen.

U verklaart dit meldingsformulier, en de eventueel benodigde gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering.

De door u verstrekte en nog te verstrekken persoonsgegevens worden door Turien & Co. Assuradeuren verwerkt ten behoeve van het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Een consumentenbrochure van deze gedragscode kunt u opvragen bij Turien & Co. Assuradeuren. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl.

U kunt de gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500). Klachten of geschillen verband houdend met de verzekering kunnen, onverminderd het beroep op de burgerlijke rechter, worden voorgelegd aan de klachtencommissie van Turien & Co. Assuradeuren, Postbus 216, 1800 AE Alkmaar.

N.B. Indien benadeelde voor de geleden schade elders is verzekerd, dient deze schade bij de eigen verzekeringsmaatschappij te worden gemeld.

Bedrijfsnaam: _____

Naam werkgever: _____

Bedrijfsstempel werkgever: _____

Handtekening werkgever: _____

Datum: _____

Plaats: _____