



Ziekmelding individuele PLUS-verzekering

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam _____ M V

Straat en huisnummer en toevoeging _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoon vast _____ mobiel _____

E-mail _____

BSN/Sofinummer _____

Geboortedatum ____ - ____ - _____

Polisnummer _____

Werkgever _____

Functie _____

In welke sector bent u werkzaam? agrarisch en groen anders _____

Werkzaamheden *(graag duidelijk toelichten)* _____

Aantal uren per week _____

Datum indiensttreding ____ - ____ - _____

Indien niet meer in dienst datum uitdiensttreding ____ - ____ - _____

2. Arbeidsongeschiktheid

2.a Sinds wanneer hebt u uw werkzaamheden geheel of gedeeltelijk wegens ziekte verzuimd? *(a.u.b. eerste verzuimdag vermelden)* ____ - ____ - _____

2.b Bent u volledig ziek of arbeidsongeschikt? nee ja
Zo nee, hoeveel uur per week werkt u momenteel? _____

2.c Is er sprake van een ongeval? nee ja
Wat is de toedracht van het ongeval? Zo ja, is dit ongeval ontstaan door iemand anders? _____

Door wie? voorletter(s) en achternaam _____

Is dit ongeval ontstaan door iets anders nee ja
(dit kan bijv. een dier zijn of een onvoldoende beveiligd object)? Zo ja, door wat? _____

2.d Bent u vanaf deze datum onafgebroken ziek of arbeidsongeschikt geweest? nee ja
Zo nee, gedurende welke periodes bent u ziek of arbeidsongeschikt geweest en in welke mate? _____

2.e Ten gevolge van welke klacht, ziekte of aandoening bent u ziek of arbeidsongeschikt? _____

2.f Hebben de klachten te maken met uw werk of de situatie binnen uw bedrijf of instelling, bijv. de aard van de werkzaamheden, de arbeidsomstandigheden, omgang met collega's en/of leidinggevende?
 nee ja
 Graag nader toelichten _____

 Toelichting _____

2.g Zijn er naar uw mening knelpunten die eventueel opgelost moeten worden (bijv. aanpassingen van de werkplek)?
 nee ja
 Zo ja, welke? _____

3. Hebt u dergelijke klachten of ziekte ooit eerder gehad?
 nee ja
 Zo ja, hebt u destijds wegens klachten of ziekte uw werkzaamheden verzuimd?
 nee ja
 Zo ja, voor welke periode(n)? van ____ - ____ - _____ tot ____ - ____ - _____
 van ____ - ____ - _____ tot ____ - ____ - _____

4. Op welke datum hebt u zich voor het eerst onder medische behandeling gesteld en bij wie?
 datum ____ - ____ - _____
 voorletter(s) en achternaam _____
 specialisme _____

5. Bent u nog onder medische behandeling?
 nee ja
 Zo nee, wat is de reden daarvan? _____

 Zo ja, door wie wordt u behandeld? voorletter(s) en achternaam _____
 Waaruit bestaat de behandeling? _____

6. Verwacht u binnenkort wijzigingen in de mate van uw arbeidsongeschiktheid?
 nee ja
 Zo ja, welke wijzigingen? _____

 Wanneer? _____

6.a Wanneer bent u voor het eerst bij de bedrijfsarts geweest?
 datum/jaar _____
 Waaruit bestond het advies? _____

6.b Is er een probleemanalyse en Plan van Aanpak gemaakt?
 nee ja *(a.u.b. een kopie meesturen)*
 Zo nee, wat is de reden hiervan? _____

6.c Hoe zijn uw verwachtingen over *(graag duidelijk toelichting)* _____
het terugkeren in het arbeidsproces _____
in uw huidige functie? _____

7. Ontvangt u een uitkering i.v.m. nee ja
werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, Zo ja, welke uitkering? _____
ziekte of een andere inkomensuitkering die vanaf ____ - ____ - _____ tot ____ - ____ - _____
eventueel via uw werkgever wordt ontvangen? *(bij WW-/WAO-/WIA-uitkering a.u.b. kopieën van beschikking meesturen)*

8. Staat u op een wachtlijst voor een nee ja
behandeling? Zo ja, welke behandeling en hoelang is de wachttijd? _____
behandeling _____

wachttijd _____

9. Wie is uw huisarts? voorletter(s) en achternaam _____
straat en huisnummer _____
postcode en woonplaats _____
telefoon _____

10. Hebt u verder nog iets toe te voegen dat _____
van belang kan zijn? _____

Andere verzekering nee ja
Hebt u ook bij een andere maatschappij Zo ja, bij welke maatschappij? _____
een aanvullende arbeidsongeschiktheids- Vanaf welke datum? datum/jaar ____ - ____ - _____
verzekering?

