

Ziek-/herstelmelding individuele PLUS-verzekering

sazas
UW VERZUIMSPECIALIST

pagina 01 | 02

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, namelijk: _____

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
Zo ja, is dit ongeval ontstaan door iemand anders, en wat is de toedracht van het ongeval? _____

Is dit ongeval ontstaan door iets anders (dit kan bijv. een dier zijn of een onvoldoende beveiligd object)? Door wie? voorletter(s) en achternaam _____
 nee ja
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? _____

Kijk voor meer informatie over onze producten en diensten op www.sazas.nl

3. Documenten

3.a Is er een probleemanalyse en Plan van Aanpak gemaakt?

nee ja (a.u.b. een kopie meesturen)

Zo nee, wat is de reden hiervan? _____

3.b Arborrapportages ontvangen?

nee ja (a.u.b. alle rapportages meesturen. Let op: zonder medische informatie. Deze mag de verzekeraar niet ontvangen)

4. Herstelmelding

4.a datum herstel / einde verzuim

4.b reden melding

volledig hersteld gedeeltelijk hersteld, nieuw percentage AO ____%

einde dienstverband werkhervatting bij andere werkgever

4.c opmerking

Verklaring

Ik zal Sazas direct in kennis stellen van elke omstandigheid die aanleiding kan geven tot wijzigingen van het arbeidsongeschiktheidspercentage (geheel of gedeeltelijk herstel, volledige of therapeutische werkhervatting) en van elke wijziging van mijn (toekomstige) uitkering.

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben ingevuld.

Voorletter(s) en achternaam _____

Postcode en woonplaats _____

Handtekening _____ datum _____

Dit formulier kunt u sturen naar

OMW Sazas

Individuele Plusverzekering

Antwoordnummer 2616

3440 VC Woerden