

Credit Life, Postbus 75916, 1070 AX Amsterdam

**Credit Life**

Uw serviceteam:

ma.-vr. 09:00 – 17:00 uur

Telefoon: 020 567 54 40

E-Mail: [service.nl@creditlife.net](mailto:service.nl@creditlife.net)

Internet: [www.creditlife.nl](http://www.creditlife.nl)

Onderwerp: **aangifte arbeidsongeschiktheid Woonlastenverzekering**

Beste heer, mevrouw,

U heeft een claim ingediend omdat u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt bent geworden. Met deze brief willen wij ervoor zorgen dat we uw aanvraag zo goed mogelijk kunnen behandelen.

Bij deze brief zit een meldingsformulier. Wilt u dit formulier duidelijk en volledig invullen en uw handtekening zetten? Stuur het daarna aan ons terug, samen met alle documenten die met uw claim te maken hebben zoals:

- kopie gespreksverslagen bedrijfsarts en het eerstejaars evaluatierapport indien u al 1 jaar arbeidsongeschikt bent
- kopie gespreksverslagen UWV indien u niet meer in loondienst bent
- kopie toekenningsbrief ziektewet of arbeidsongeschiktheidsuitkering van het UWV en een kopie recente uitkeringspecificatie indien u niet meer in loondienst bent
- kopie van uw bruto hypotheeklasten, indien uw verzekerd maandbedrag hoger is dan € 500,00

Let op: wij kunnen uw verzoek alleen behandelen als het formulier volledig ingevuld en ondertekend is!

Een extern en onafhankelijk medisch adviesburo zal uw dossier medisch beoordelen. Soms is daarvoor extra informatie nodig. Zij zullen dan rechtstreeks contact met u opnemen. Zij kunnen u ook vragen om een medische machtiging. Met deze machtiging kunnen zij gegevens bij uw arts(en) opvragen. Daarbij gaat het alleen om informatie die met uw arbeidsongeschiktheid te maken heeft.

Zodra we alle informatie ontvangen hebben, krijgt u van ons bericht. Wij proberen altijd zo snel mogelijk een beslissing te nemen, maar soms hebben we informatie van andere instanties of personen nodig. Houdt u er rekening mee dat dit soms even kan duren.

We hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Heeft u nog vragen of opmerkingen, neem dan gerust contact met ons op.

Met vriendelijke groet,

Credit Life  
Afdeling Claims

Wij nemen uw privacy serieus. Wilt u weten hoe wij met uw gegevens omgaan, ga dan naar [www.creditlife.nl](http://www.creditlife.nl).

## Meldingsformulier arbeidsongeschiktheid Woonlastenverzekering

Polisnummer \_\_\_\_\_

### Persoonlijke informatie

Naam \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres Straatnaam \_\_\_\_\_ Huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer Thuis \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_\_

E-mail adres \_\_\_\_\_

IBAN rekeningnummer voor uitkering \_\_\_\_\_

### Informatie werkgever

Bent u in loondienst?  ja  nee  zelfstandig ondernemer\*  
(\* uittreksel Kamer van Koophandel en meest recente jaarcijfers meesturen)

Naam van uw huidige of laatste werkgever of uw onderneming \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Soort dienstverband  onbepaalde tijd  bepaalde tijd  uitzend / detachering / payroll

In dienst vanaf \_\_\_\_\_ Aantal uren per week \_\_\_\_\_  
(kopie laatste loonstrook bijvoegen)

Uw beroep en de werkzaamheden die u verricht(te) bij uw huidige (of laatste) werkgever, of als zelfstandig ondernemer?

---

---

---

### Gegevens Arbodienst/bedrijfsarts

Naam controlerende Arbodienst \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

Naam controlerende Arbo-arts \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

**Uw uitkerende instantie (UWV)**

Naam van de uitkerende instantie \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Bent u in het verleden al eens afgekeurd voor de WIA / WAO / WAZ of Wajong?  ja\*  nee

\*Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_

(\*stuur een kopie van het keuringsrapport mee)

**Ziekte / letsel**

Door welke klachten bent u ziek / arbeidsongeschikt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wanneer zijn uw klachten begonnen? \_\_\_\_\_

Wanneer heeft u voor deze klachten voor het eerst uw huisarts bezocht? \_\_\_\_\_

Heeft u al eerder dezelfde of soortgelijke klachten gehad?  ja\*  nee

\*Zo ja, gedurende welke periode \_\_\_\_\_

Bij welke dokter(s)?  huisarts  anders, namelijk \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

**Behandeling**

Naam huisarts \_\_\_\_\_ Datum inschrijving bij huisarts \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Bent u momenteel voor deze klachten in behandeling bij een specialist?  ja\*  nee

\*Zo ja, naam specialist \_\_\_\_\_

Datum eerste bezoek \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_

Plaatsnaam \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

## Ongeval

Was er sprake van een verkeersongeval?  ja\*  nee

\*Zo ja, datum van het ongeval \_\_\_\_\_ Procesverbaalnummer \_\_\_\_\_  
(stuur een kopie van het proces-verbaal en schadeformulier mee)

## Arbeidsongeschiktheid

Datum waarop u zich bij de werkgever ziek heeft gemeld voor deze klachten \_\_\_\_\_  
(Bent u zelfstandig, per welke datum kunt u vanwege de klachten uw werkzaamheden niet meer verrichten en voor hoeveel procent?)

Wanneer verwacht u weer aan het werk te gaan? \_\_\_\_\_

Wanneer bent u weer aan het werk gegaan (indien van toepassing)? \_\_\_\_\_

## Medicijngebruik

Gebruikt u medicijnen?  ja\*  nee

*Zo ja, welke medicijnen?	Voor welke klachten?	Sinds wanneer?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Overige informatie

Is het risico van arbeidsongeschiktheid ook elders verzekerd?  ja\*  nee

\*Zo ja,

Naam van maatschappij \_\_\_\_\_ Ingangsdatum \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_ Einddatum \_\_\_\_\_

Verzekerd maandbedrag \_\_\_\_\_

## Ondertekening

Ik, ondergetekende, verklaar dat ik bovenstaande vragen volledig en eerlijk heb beantwoord. Ik weet dat de verzekeringsmaatschappij mij in bepaalde gevallen helemaal geen uitkering of slechts een gedeelte ervan hoeft te geven als ik informatie achterhoud of onjuiste of onvolledige gegevens opgeef.

\_\_\_\_\_  
Handtekening

\_\_\_\_\_  
Plaats en datum