

# Aanvraag verklaring Langdurig arbeidsongeschikt Lijfrenteverzekering

## PERSOONLIJKE GEGEVENS

Klantnummer	<input type="text"/>	Polisnummer	<input type="text"/>
Naam	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/> Man Vrouw
Straat en huisnummer* <input type="text"/>			
* Inclusief eventuele toevoeging			
Postcode	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>
Land <input type="text"/>			
Geboortedatum <input type="text"/>			
E-mail	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>
		Mobiel	<input type="text"/>
Wat is uw beroep? <input type="text"/>			
Omschrijving werkzaamheden		Hoeveel uur per week <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Lichamelijke arbeid <input type="checkbox"/> Administratie <input type="checkbox"/> Leiding geven/toezicht houden <input type="checkbox"/> Reizen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk			
<input type="text"/>			

## ZIEKMELDING

Sinds wanneer bent u arbeidsongeschikt?	<input type="text"/>
Wanneer hebt u voor deze ziekte uw huisarts bezocht?	<input type="text"/>

## GEGEVENS OVER UW ZIEKTE / ZIEKTEVERZUIM

Deze gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld. Vul deze vragen ook in als u weer hersteld bent.

a Bent u ziek / arbeidsongeschikt als gevolg van zwangerschap of bevalling?    Nee    Ja, (verwachte) datum van de bevalling

b Wat is de aard van uw klachten / problemen?

Geef een duidelijke omschrijving van uw klachten, ook indien u ziek bent ten gevolge van uw zwangerschap en/of bevalling. Bij te weinig ruimte een aparte bijlage meesturen a.u.b.

- c Sinds wanneer hebt u deze klachten?
- d Bent u door een ongeval ziek of arbeidsongeschikt geworden? Nee Ja
- e Bent u ziek door toedoen van derden? Nee Ja
- f Hebt u uw huisarts geraadpleegd? Nee Ja
- g Bent u in verband met deze klachten onder behandeling van een specialist of fysiotherapeut of bent u verwezen naar een specialist of fysiotherapeut?

Nee Ja, ik ben onder behandeling (geweest) van / verwezen naar:

- h Gebruikt u medicijnen? Nee Ja, namelijk:

- i Bent u in de afgelopen 5 jaar, 52 weken aaneengesloten ziek/arbeitsongeschikt of in de WAO, WIA of WAJONG geweest? Een onderbreking van 4 weken of minder ook aangeven

Nee Ja, van  tot   
van  tot

Was dat vanwege dezelfde (huidige) klachten of aandoening? Nee Ja

- j Welke werkzaamheden kunt u niet meer uitvoeren?

k Hoeveel uren kunt u niet meer werken?

## HERSTEL

Bent u al hersteld? Nee  
Wanneer denkt u hersteld te zijn om uw werk volledig te hervatten?  
Verwachte datum herstel   
Ja, ik ben volledig hersteld sinds

## HUISARTS OF BEDRIJFSARTS

Naam

Adres

Postcode  Plaats

Telefoon

## ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart de gestelde vragen naar beste weten, juist en eerlijk te hebben beantwoord.

Datum  Handtekening

Plaats