



# MACHTIGING WERKGEVER

## ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Dossiernummer:

Met dit formulier geeft u toestemming aan uw werkgever om gegevens over uw dienstverband en ziekteverzuim aan de afdelingen Claims en Medische Dienst te geven. Deze gegevens worden opgevraagd voor de beoordeling van uw verzoek voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering.



**Het is belangrijk dat u alle velden volledig invult.**

Alleen dan kunnen we uw verzoek voor een uitkering in behandeling nemen.

### Gegevens door verzekerde in te vullen

#### VERZEKERDE

Voorletter(s) en naam

man vrouw

Adres

Postcode, woonplaats

Geboortedatum

- -

#### MACHTIGT HIERBIJ DE (VOORMALIG) WERKGEVER

Bedrijfsnaam

Naam medewerker van

man vrouw

afdeling Personeelszaken/HRM

Adres

Postcode, plaats

E-mailadres van

Personeelszaken/HRM

#### OM DE VOLGENDE INFORMATIE OP TE STUREN

- Eerste dag van uw huidige arbeidsongeschiktheid.
- Datum in dienst.
- Werkuren per week.
- Verzuimperiode voor de ingangsdatum van uw verzekering.
- Verloop van uw verzuim vanaf de eerste dag van uw arbeidsongeschiktheid.
- Uw arbeidsongeschiktheidspercentage.



Dossiernummer:

**Te sturen naar**

Verzekeringsmaatschappij: **BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen**  
**Afdeling Medische Dienst**  
**Hoeverstein 28**  
**4903 SC Oosterhout**

Datum vandaag - -

**Handtekening verzekerde**

