

# VERKLARING ARBEIDSONGESCHIKTHEID

## COLLECTIEVE VERZEKERING

### Dit document bestaat uit 3 delen:

- Deel A: in te vullen door de werkgever
- Deel B: in te vullen door de arbeidsongeschikte werknemer
- Deel C: in te vullen door de arts

Als werkgever, verzekeringnemer, dient u deel A in te vullen en de volledige aangifte door te sturen aan uw werknemer.

**De werknemer moet dan het volledig ingevulde document (bij voorkeur digitaal) terugsturen aan [cd@allianz.be](mailto:cd@allianz.be) of Allianz Benelux NV, Claims Disability, Koning Albert-II Laan 32, 1000 Brussel, ter attentie van de adviserende geneesheer. Health Disability.**

### Wat is een volledige aangifte?

1. Deze verklaring volledig ingevuld en getekend door: de werkgever (deel A), de werknemer (deel B) en de arts (deel C). In geval van wettelijk bevallingsverlof (zwangerschap of bevalling zonder enige verwickelingen), moet deel C niet ingevuld worden.
2. Attest met vermelding van de erkende periodes en toegekende vergoedingen, van:
  - de wetsverzekeraar in geval van een arbeidsongeval
  - de verzekering tegen beroepsziekten in geval van een beroepsziekte
  - het ziekenfonds in alle andere gevallen.
3. In geval van ongeval een kopie van uw verklaring en/of het proces verbaal (indien van toepassing).
4. Alle nuttige medische documenten (opnameverslag spoed of hospitalisatie, operatieverslag, evolutierapport, resultaten van scans of andere onderzoeken, details behandeling, doktersvoorschrift(en), enz...).

In functie van het dossier kan Allianz Benelux bijkomende informatie opvragen.

**Deel A: In te vullen door de werkgever en door te sturen aan de werknemer**

Bedrijf:

Groepsnummer:

Naam verzekerde:

Voornaam verzekerde:

Straat:

Nr./Bus:

Postcode/Gemeente:

Geboortedatum:  /  /

Stamnummer:

Rijksregisternummer:

Taal:  Nederlands  Frans  
 Engels

Geslacht:  Man  Neutraal  
 Vrouw

Categorie:  Arbeider  Bediende  
 Kader  Directeur  
 Zelfstandige

Gedetailleerde jobomschrijving en werkomgeving:

Datum van indiensttreding bij het bedrijf:  /  / Werkregime:    %Bruto maandloon op hoofdvervaldag voorafgaand aan arbeidsongeschiktheid\*:  euro

\* Indien de gegevens van de jaarlijkse berekening nog niet zijn doorgegeven aan Allianz Benelux.

Tijdskrediet:    %van  tot Ontslag met ingang van:  /  / Duur opzegperiode: Verbrekingsvergoeding:  Ja  Neen

De arbeidsongeschiktheid is te wijten aan:

- Arbeidsongeval  Zwangerschap / bevalling  
 Privé-ongeval  Ziekte / psychische stoornis / psychosociale risico

Datum van de eerste dag afwezigheid van de verzekerde:

 /  / 

De verzekerde heeft het werk hervat:

- Ja  Neen

Zo ja: werkhervatting op:

 /  /  voltijds /  /  deeltijds aan:    %

**Elke gedeeltelijke of volledige werkhervatting dient onmiddellijk meegedeeld te worden aan de verzekeringsonderneming: [cd@allianz.be](mailto:cd@allianz.be) met als referte: 'werkhervatting + dossiernummer + bcvrnr + naam + voornaam van de verzekerde'.**

Contactpersoon van de firma:

E-mail:

Tel.:

Opgemaakt te  op  /  / 

Handtekening van de werkgever

**Deel B: In te vullen door de arbeidsongeschikte werknemer**

Naam:

Voornaam:

E-mail\* (facultatief):

Tel.:

\* Door uw e-mailadres in te vullen, gaat u ermee akkoord dat de uitwisseling met het medisch secretariaat en de dienst Claims Disability van Allianz Benelux digitaal wordt uitgevoerd. Dit adres zal niet worden gebruikt voor commerciële of promotionele doeleinden.

Rekeningnummer van de verzekerde:

IBAN:

BIC:

Welke factor ligt aan de basis van uw werkonderbreking?

Duid uw keuze aan en preciseer:

- Levensgebeurtenis (overlijden, scheiding, geweldpleging, ...)
- Werkomstandigheden (stress, vermoeidheid, ...)
- Ziekte
- Ongeval
- Zwangerschap / bevalling\*
- voorziene bevallingsdatum:  /  /
- reële bevallingsdatum:  /  /
- Andere:

\* In geval van wettelijk zwangerschapsverlof, moet deel C niet ingevuld worden.

Welke zijn de 3 voornaamste klachten waardoor u een arts bent gaan opzoeken?

1.
2.
3.

U hebt het werk hervat op:

/  /  voltijds

/  /  deeltijds aan:    %

Indien U het werk nog niet hebt hervat, wanneer denkt u uw werk of een ander werk te kunnen hernemen, eventueel deeltijds?

/  /

Als het over een ander werk of opleiding gaat, welke?

**In geval van psychische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie of psychosociale risico, gelieve ook op volgende vragen te antwoorden:**

Indien u het werk niet denkt te kunnen hernemen, verduidelijk waarom:

Welke factoren zouden u kunnen helpen om het werk (deeltijds) te hernemen?

Wat is het hoogste diploma dat u behaald hebt? (preciseer)

Welke beroepen heeft u in het verleden uitgeoefend?

Wat was uw beroep op het ogenblik van uw werkonderbreking? Sinds hoelang?

Beschrijf een werkdag en specificeer of er problemen zijn voor u bij de uitoefening van uw taken:

Welke activiteiten bent u nog blijven doen buiten je beroepsbezigheden?

**Indien het verzekeringscontract, onderschreven door je werkgever, psychosociale risico's dekt, voorziet Allianz Benelux in een volledig gratis en vertrouwelijke dienstverlening om u in alle rust weer op weg te helpen naar een gezond en professioneel bestaan. Uw contactgegevens (naam, voornaam, geslacht, geboortedatum, telefoonnummer, adres, naam werkgever) zullen gedeeld worden met onze partner die u zo snel mogelijk zal contacteren.**

Indien u niet wenst gecontacteerd te worden door deze ondersteunende dienstverlener, gelieve het onderstaand vakje aan te vinken:

- Neen, ik weiger dat mijn contactgegevens gedeeld worden met deze partner en ik weiger de gratis aangeboden ondersteuning door Allianz Benelux.

**Voor de clausules 'Bescherming van de persoonsgegevens', 'Waarschuwing', 'Klachtenbehandeling', zie hieronder op het einde van de document.**

Opgemaakt te  op  /  /

**Handtekening van de verzekerde**

(voorafgegaan door de vermelding 'Gelezen en goedgekeurd')

Naam en voornaam van de verzekerde:

**Deel C: In te vullen door de huisarts of de gespecialiseerde arts**

De arbeidsongeschiktheid van de verzekerde is te wijten aan:

– een ongeval:  Ja  Neen

Zo ja, betreft het een:

onbetaalde sportbeoefening  arbeidsongeval  
 betaalde sportbeoefening  privé-ongeval

Gelieve de exacte omstandigheden en tijdstip van het ongeval te vermelden:

– een ziekte:  Ja  Neen

– zwangerschaps- of bevallingsverwikkelingen:  Ja  Neen

Zo ja, welke:

  


– een psychische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie of psychosociale risico:

Ja  Neen

Aard van de aandoening of van de stoornis die aan de basis ligt van de arbeidsongeschiktheid:

Welke objectieve symptomen (klinische of paraklinische) vormen uw diagnose?

Datum van de eerste medische consultatie: / /

Wordt de verzekerde behandeld of zal hij/zij behandeld worden in een ziekenhuis?  Ja  Neen

Zo ja, welk?

Periode van de opname?

van / /  tot / /

Welke medische behandeling werd opgestart? Werd er medicatie voorgeschreven? Sinds wanneer?

Voorziene periode arbeidsongeschiktheid:

van / /  tot / /

Is de arbeidsongeschiktheid volledig?

Ja  Neen

Zo neen, wat is de geschatte graad van arbeidsongeschiktheid?

%

Kan de arbeidsongeschiktheid permanent zijn/worden?

Ja  Neen

Heeft de verzekerde reeds vroeger aan deze aandoening of stoornis geleden of bestaat er een link met een eerdere aandoening, stoornis of ongeval?

Ja  Neen

Zo ja, welke?

Wanneer? van / /  tot / /

Datum van de eerste behandeling: / /

**In geval van psychische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie of psychosociale risico, gelieve ook op volgende vragen te antwoorden:**

Wanneer werd u voor de eerste keer geraadpleegd? / /

Wat is de hoofddiagnose?

**Vervolg deel C: In te vullen door de huisarts of de gespecialiseerde arts**Waar klasseert u de hoofddiagnose? **(enkel één vakje aankruisen)**

Indien het van toepassing is, gelieve de DSM-5 classificatie te gebruiken.

	Licht	Matig	Zwaar
Psychische stoornis:			
Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (te preciseren):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Persoonlijkheds- of gedragsstoornis:			
Schizofrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (te preciseren):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Chronisch vermoeidheidssyndroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosociale risico:			
Burn Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesterijen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (te preciseren):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			

Is de stoornis gelinkt of geassocieerd met een organische pathologie?

Indien ja, welke?

Welke therapeutische maatregelen zijn er aangewend?

1. Medicijnen?  Ja  Neen

Zo ja, welke?

2. Herziening of aanpassing van de medicatie?  Ja  Neen

Zo ja, wanneer en in welke zin?

3. Psychotherapie?  Ja  Neen

Zo ja, sinds wanneer? Frequentie van de opvolgingssessies?

4. Andere gespecialiseerde behandeling?  Ja  Neen

Zo ja, welke?

5. Hospitalisatie (eerder of te voorzien)?  Ja  Neen eerder:van  /  /  tot  /  /  te voorzien:van  /  /  tot  /  / 6. Aangepast werk?  Ja  Neen Binnen het kader van een reïntegratietraject op het werk Op vraag van de mutualiteit Op eigen initiatief

7. Andere (te preciseren):

Heeft u de huidige intensiteit van de symptomen gemeten aan de hand van een wetenschappelijk gevalideerd schaal (b.v. schaal van Hamilton) of bevestigd op basis van wetenschappelijk gevalideerde criteria (b.v. ACR, Fukuda, DSM 5, ICD-10, ...)?  Ja  Neen

Indien ja, kunt u ons de gebruikte schaal/het criterium meedelen alsook het resultaat?

Wat zijn de evolutieperspectieven van de huidige toestand van uw patiënt?

Wanneer denkt u dat uw patiënt het werk zal kunnen hernemen, eventueel deeltijds?  /  / Opgemaakt te  op  /  / **De erelonen van de arts zijn ten laste van de verzekerde.****Handtekening van de geneesheer (+ stempel)** Huisarts Specialist in

### Bescherming van de persoonsgegevens

De verzameling van persoonsgegevens in dit document gebeurt in het raam van het beheer van uw contract of een schadegeval en conform de reglementering over verzekeringen en de bescherming van persoonsgegevens. Uw gegevens worden bewaard zolang zij noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, inclusief de wettelijke verjaringstermijnen. Zij worden absoluut niet gebruikt voor een ander doel. Door de medische gegevens te verstrekken voor het beheer van uw contract of uw schadegeval en door deze vragenlijst te ondertekenen, stemt u uitdrukkelijk in met de verwerking van deze gegevens bij het beheer van uw contract of uw schadegeval. Voor bijkomende informatie over de verwerking, de bescherming van uw persoonsgegevens, nodigen wij u uit de website te raadplegen (<https://allianz.be/persoonsgegevens>) waar u vragen kunt stellen over de verwerking van de gegevens door de maatschappij. U hebt het recht kennis te nemen van uw persoonsgegevens en deze te laten verbeteren of eventueel vernietigen. Al uw vragen kan u doorsturen naar onze Data Privacy Officer, samen met een recto-versokopie van uw identiteitskaart, ofwel via een mail naar [privacy@allianz.be](mailto:privacy@allianz.be) ofwel via een brief aan Allianz Benelux, Juridische Dienst en Compliance/Gegevensbescherming, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel. U kan ook terecht bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, of [www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be).

### Waarschuwing

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur, de Meeûsplantsoen 29 in 1000 Brussel, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.

### Klachtenbehandeling

Het Belgische recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan de dienst Klachtenbeheer van Allianz Benelux: Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, tel. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, [klachten@allianz.be](mailto:klachten@allianz.be), [www.allianz.be](http://www.allianz.be). Indien u niet tevreden bent na het antwoord van onze dienst Klachtenbeheer, kan u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen: de Meeûsquare 35, 1000 Brussel, tel. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as), [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as). Allianz Benelux is als verzekeraar verplicht deel te nemen aan een procedure van buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen. De Ombudsdienst van de Verzekeringen is een gekwalificeerde entiteit om een oplossing te zoeken voor een verzekeringsgeschil buiten het gerechtelijk systeem om.

