

Schadeformulier Claim TAF Maandlastbeschermer / TAF Zelfstandigenplan

Gegevens verzekerde

Polisnummer: _____
Achternaam: _____ Voorletter(s): _____
Adres: _____
Postcode / woonplaats: _____

Claim

Datum claim melding: _____

Soort claim:

arbeidsongeschiktheid

Ingangsdatum arbeidsongeschiktheid: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

onvrijwillige werkloosheid

Ingangsdatum onvrijwillige werkloosheid: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Toelichting claim (s.v.p. omschrijving van uw klachten)

Is een huisarts of specialist geraadpleegd?

Nee Ja

Datum consult: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Naam huisarts / specialist: _____

Adres huisarts / specialist: _____

Postcode / woonplaats huisarts / specialist: |_|_|_|_|_|

Telefoonnummer huisarts / specialist: |_|_|_|_|_|

Verplichte documenten

Bij een claim in verband met onvrijwillige werkloosheid dient u een kopie van de arbeidsovereenkomst, de ontslagbrief van de werkgever én de brief van de uitkeringsinstantie met toekenning van de volledige WW uitkering, toe te sturen.

Bij een claim in verband met arbeidsongeschiktheid dient u een kopie van de arbeidsovereenkomst toe te sturen (alleen voor TAF Maandlastbeschermer).

Medische machtiging

Met deze machtiging verleen ik de geneeskundig adviseur van Quantum en TAF B.V. toestemming om, indien nodig, aanvullende gegevens op te vragen bij de behandelend arts.

Plaats: _____

Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Handtekening verzekerde: _____