



VERZEKERINGSDIENST

Kijk en vergelijk!
www.focwaverzekeringsdienst.nl

Postbus 8789
3009 AT Rotterdam
Tel: 010-2884490
Fax: 010-2884499
info@focwaverzekeringsdienst.nl
www.focwaverzekeringsdienst.nl
BTW-nr. NL8138.94.943.B01
KvK Rotterdam 24133645
AFM-nummer: 12009678
BIC: INGBNL2A
IBAN: NL 55 ING B 0664 470467
Bankrekeningnummer: 66.44.70.467
Powered by Schouten Zekerheid

Let op! Voor een snelle en correcte afwikkeling dient u:

- de declaratie binnen één maand na afloop van het kalenderkwartaal volledig ingevuld en ondertekend in te sturen.
- loonstroken van de betreffende werknemer(ster)s over de gehele periode mee te zenden.
- kopie van de arborapportage bij te voegen.

Onvolledig ingevulde declaraties worden niet in behandeling genomen.

Deze declaratie betreft de periode van _____ tot _____

1. Verzekeringnemer

Bedrijfsnaam _____ polisnummer _____
Contactpersoon _____ man vrouw
correspondentie-adres _____ telefoon _____
postcode, woonplaats _____ fax _____
e-mailadres _____
vestigingsadres (*praktijkadres*) _____ giro/bankrek.nr. _____
postcode, woonplaats _____ inschrijfnr. KvK _____

2. Arbo-dienst

naam Arbo-dienst _____
gevestigd te _____ aansluitnr. _____
soort Arbopakket _____

Arbo-rapportage is bijgesloten ja nee, omdat;
 wordt automatisch toegestuurd door de Arbo-dienst
 deze kwartaaldeclaratie is gestempeld door de Arbo-dienst (zie pag. 4)
 anders nl. _____

3. Specificatie loonbegrip

voor welke periode geldt het opgegeven brutoloon? jaar maand 4 weken week anders, nl _____

welke bedragen zijn in het brutoloon inbegrepen?

| | | |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| vakantietoeslag | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ |
| Werkgeverslasten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ |
| 13e maand | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ |
| overige looncomponenten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ |

4. Specificatie verzuimgevallen (volledig invullen)

Let op! Wij verzoeken u, om van alle verzuimgevallen een loonstrook mee te sturen.

| naam werknemer en voorletters | geb.datum (d-m-j) | bsnummer | ziek van (1e ziektedag) | ziek tot (hersteldatum) | percentage A.O. |
|-------------------------------|----------------------|----------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 6. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 7. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 8. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 9. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 10. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 11. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |
| 12. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ % |

5. Aanvullende informatie m.b.t. de verzuimgevallen

| Is hij/zij een Directeur Grootaandeel- houder? | Is hij/zij WIA/WAO gerechtigd? (Beschikking meesturen s.v.p.) | Is hij/zij op arbeidsthera- peutische basis aan het werk? (Zo ja, per wanneer en voor welk percentage?) | Is zij arbeids- ongeschikt agv haar zwanger- schap? (Zo ja, per wanneer) | Is hij/zij in de periode van 5 jaar vooraf- gaand aan de dienst betrekking WIA/WAO- gerechtigd geweest? (ja, datum | Is hij/zij uitzendkracht/ oproepkracht? | Is hij/zij Overige o.a. A. overlijden B. leeftijd 65 jr of ouder C. einde dienstverband |
|---|---|--|---|---|---|---|
| (ja) | (ja, voor) | (d-m-j / %) | (ja, sinds) | indiensttreding) | (ja) | (A/B/C per d-m-j) |
| 1. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 2. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 3. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 4. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 5. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 6. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 7. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 8. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 9. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 10. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 11. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |
| 12. _____ | _____ % | _____ | _____ | _____ | _____ | ___ per _____ |

6. Periodiek verslag (dreigende) langdurige verzuimgevallen VERPLICHT in te vullen voor elke werknemer die LANGER dan twee maanden arbeidsongeschikt is.

Algemene gegevens arbodienst

| | |
|-------------------------------|--|
| Naam Arbodienst | |
| Verantwoordelijke casemanager | |
| Direct telefoonnummer | |
| E-mailadres | |

Rapportage verzuimdossier

| | |
|---|--|
| Naam werknemer | |
| Geboortedatum | |
| Burgerservicenummer | |
| Verzuimreden | |
| Datum 1ste dag arbeidsongeschiktheid | |
| % AO bij aanvang van het verzuim | |
| % AO op dit moment | |
| Vermoedelijke duur AO bij aanvang van het verzuim | |
| Vermoedelijke duur AO van het verzuim op dit moment | |
| Welke afspraken zijn er gemaakte ten aanzien van werkhervatting (svp concreet re-integratieplan met met eventuele data gedeeltelijk herstel invullen) | |
| Welke interventies zijn er ingezet? | |
| Is er kans op instroom WIA-WGA? | |
| Is de mogelijkheid voor een vervroegde WIA-aanvraag overwogen? | |
| Zijn er stagnaties in het re-integratietraject die voor ons als volmachtkantoor van belang zijn? | |
| Kunnen wij als volmachtkantoor nog iets bijdragen ter beperking van de duur van het verzuim? | |

Datum waarop dit verslag is ingevuld: _____

7. Ongevallen dekking

Is één van de werknemers arbeidsongeschikt ten gevolge van een ongeval? nee ja

Is een derde aansprakelijk voor het ongeval? nee ja

Wilt u, indien aanwezig, een kopie van het politierapport meesturen?

naam werknemer(s) _____ BSNnummer _____

_____ BSNnummer _____

_____ BSNnummer _____

_____ BSNnummer _____

Toedracht _____

8. Ondertekening Arbo-dienst (alleen invullen indien geen Arbo-rapportage is bijgesloten)

De Arbo-dienst verklaart hiermee dat de verzuijngegevens correct zijn opgegeven.

_____ Datum (dag-maand-jaar) _____ plaats _____ stempel Arbo-dienst en handtekening

9. Ondertekening werkgever

De uitkering dient overgemaakt te worden op giro-bankrekeningnr. _____

t.n.v. _____

Ondergetekende verklaart

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze arbeidsongeschiktheid te hebben verzwegen
- dit meldingsformulier, en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

N.B. Indien benadeelde voor de geleden schade elders is verzekerd, dient deze schade bij de eigen verzekeringsmaatschappij te worden gemeld.

_____ datum (dag-maand-jaar) _____ plaats _____ bedrijfsstempel en handtekening werkgever

De door u verstrekte en nog te verstrekken gegevens kunnen worden opgenomen in de door Schouten Zekerheid aangehouden cliëntenbestand. Hierop is een privacy-reglement van toepassing. De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 23-04-1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor eenieder ter inzage bij Stichting CIS, Crabethpark 23, 2801 AP Gouda. Klachten verband houdende met de verzekering kunnen worden voorgelegd aan:

Klachtencommissie Schouten Zekerheid,, Postbus 8789, 3009 AT Rotterdam. Wanneer het oordeel van de Klachtencommissie voor u niet bevredigend is kunt u zich wenden tot Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.