

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 verzuimmelding betreft het 1^e kwartaal (01-01 / 31-03) 200___ 3^e kwartaal (01-07 / 30-09) 200___
 2^e kwartaal (01-04 / 30-06) 200___ 4^e kwartaal (01-10 / 31-12) 200___

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 nee ja, nl _____
Werkgeverslasten nee ja, nl _____
13e maand nee ja, nl _____
overige looncomponenten nee 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. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
13. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
14. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
15. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
16. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
17. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
18. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
19. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
20. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
21. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
22. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
23. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
24. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
25. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
26. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
27. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
28. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
29. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
30. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %

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

Let op! Onderstaande punten alleen invullen, indien deze van toepassing zijn op de verzuimgevallen onder punt 4

Is hij/zij een Directeur Grootaandeel- houder?	Is hij/zij 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 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 _____
13. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
14. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
15. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
16. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
17. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
20. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
21. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
22. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
23. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
24. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
25. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
26. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
27. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
28. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
29. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____
30. _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	___ per _____

6. Ongevallen dekking

alleen invullen indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval waarvoor een derde partij mogelijk aansprakelijk is. Wilt u, indien aanwezig, een kopie van het politierapport meesturen?

Is een derde aansprakelijk voor het ongeval nee ja

naam werknemer(s)	_____	BSNnummer	_____
	_____	BSNnummer	_____
	_____	BSNnummer	_____
	_____	BSNnummer	_____
Toedracht	_____ _____ _____ _____		

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

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

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

8. 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.