



Verzuimmelding ten behoeve van inkomensverzekering

Relatie

Bedrijf : _____
Contactpersoon : _____
Telefoonnummer : _____
Polisnummer : _____

Werknemer

Naam : _____
Geboortedatum : _____
SV loon/heffingsloon : _____ wekelijks maandelijks jaarlijks
13^e maand? : ja nee

Melding arbeidsongeschiktheid

Eerste ziekte­dag : _____
Percentage AO : _____
Verwachte verzuimduur : _____
Vangnet : nee ja
Conflict : nee ja
Ongeval : nee ja, te weten: Verkeersongeval
 Letsel door dieren
 Medische fout
 Ander ongeval waarvoor iemand anders aansprakelijk is, nl. _____

Wanneer gemeld bij arbodienst : _____

Arbodienst

Naam arbodienst : _____
Contractnummer : _____
Contactpersoon : _____
Telefoonnummer : _____

Herstelmelding

Werknemer hersteld : per _____ percentage _____ %

Dit formulier binnen 2 werkdagen na de eerste ziekte­dag, datum herstel mailen aan verzuim@fgd.nl