



## FGD Assuradeuren B.V.

### Verzuimmelding ten behoeve van inkomensverzekering

#### Relatie

Bedrijf : \_\_\_\_\_  
Contactpersoon : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
Polisnummer : \_\_\_\_\_

#### Werknemer

Naam : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_

#### Melding arbeidsongeschiktheid

Eerste ziekte­dag : \_\_\_\_\_  
Percentage AO : \_\_\_\_\_  
Verwachte verzuimduur : \_\_\_\_\_  
Ongeval :  ja  nee  
Wanneer gemeld bij  
arbodienst : \_\_\_\_\_

#### Arbodienst

Naam arbodienst : \_\_\_\_\_  
Contractnummer : \_\_\_\_\_  
Contactpersoon : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

---

---

#### Herstelmelding

Werknemer hersteld : per \_\_\_\_\_ percentage \_\_\_\_\_ %  
per \_\_\_\_\_ percentage \_\_\_\_\_ %  
per \_\_\_\_\_ percentage \_\_\_\_\_ %  
per \_\_\_\_\_ percentage \_\_\_\_\_ %

**Dit formulier binnen 2 werkdagen na de eerste ziekte­dag, datum herstel  
mailen aan [verzuim@fgd.nl](mailto:verzuim@fgd.nl)**