

### **Melding Claim**

Als u aanspraak wilt maken op uw verzekering in verband met bijvoorbeeld werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of overlijden van een verzekerde dan kunt u een aangifteformulier downloaden van deze website en dit verzenden aan

Tadas Verzekeringen B.V.

ter attentie van de medisch adviseur (als er medische gegevens worden vermeld of meegestuurd)

Postbus 1120,

1700 BC Heerhugowaard.

**Let op:** op het aangifteformulier staat vermeld welke documenten u in elk geval mee dient te sturen.

### **Ontvangst aangifteformulier**

Binnen 2 dagen nadat wij het aangifteformulier hebben ontvangen sturen wij u een ontvangstbevestiging en de toekenning van een claimnummer. Dit betekent dat uw claim zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk 2 weken later, in behandeling zal worden genomen.

- Als het aangifteformulier niet correct of onvolledig is ingevuld wordt het aan u teruggestuurd. De claim kan dan nog niet in behandeling worden genomen.

### **In behandeling nemen van de claim**

Het in behandeling nemen van uw claim betekent dat het aangifteformulier en alle gegevens worden beoordeeld.

- Als u niet alle benodigde informatie/stukken heeft opgestuurd krijgt u een brief waarin wij vragen om de ontbrekende informatie/stukken. De beoordeling van uw claim ligt dan tijdelijk stil.
- Als er informatie opgevraagd moet worden bij andere instanties (artsen, uitkerende instanties, werkgevers enz.), dan schrijven wij deze instanties aan met het verzoek informatie te verstrekken. U ontvangt van ons een brief waarin wij melden dat wij andere instanties hebben aangeschreven.

Wij wachten maximaal 6 weken op deze informatie, voor wij een herhalingsbrief sturen. Na deze 6 weken zullen wij u ook een brief sturen om te melden dat wij de informatie nog niet hebben ontvangen en dat wij hier nogmaals om hebben gevraagd.

### **Beoordelen opgevraagde informatie**

De informatie van andere instanties wordt zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 2 weken na ontvangst, door ons beoordeeld.

Hierbij wordt beoordeeld of uw claim binnen de polisvoorwaarden valt en of er aan alle eisen van de verzekeraar is voldaan. Is er sprake van een medische claim (arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit, overlijden), dan wordt deze informatie ook nog door de medisch adviseur beoordeeld.

Soms geeft de ontvangen informatie aanleiding tot meer vragen. In dat geval zullen wij nogmaals schriftelijk informatie opvragen bij de betreffende instantie. U ontvangt van ons een brief waarin wij u hiervan op de hoogte stellen.

Als er wel voldoende informatie is om uw claim te beoordelen is er een aantal mogelijkheden:

- Uw claim wordt afgewezen (dit komt soms voor).  
De (oorzaak van de) claim valt niet binnen de dekkingsvoorwaarden (is uitgesloten van dekking).  
U ontvangt van ons een brief waarin we u uitleggen waarom uw claim is afgewezen.
- Uw claim moet worden doorgestuurd naar de verzekeraar (dit komt weinig voor).  
U ontvangt van ons een brief waarin wij u melden dat uw dossier bij de verzekeraar ter beoordeling ligt. Hierna wachten wij maximaal 3 weken op het besluit van de verzekeraar voor wij een herhalingsbrief sturen.
- Uw claim wordt toegewezen (dit is meestal het geval).  
U ontvangt van ons een brief waarin staat dat uw claim is toegewezen.  
Soms vragen wij u op dat moment nog om bepaalde documenten aan ons te sturen. Dit kan bij voorbeeld een verklaring van erfrecht zijn om vast te stellen wie er precies recht heeft op het uitkeringsbedrag en/of een kopie van een bankrekeningnummer, een kopie van een legitimatiebewijs enz.  
Wij vragen hier pas om als zeker is dat uw claim is toegewezen.

### Uitbetaling verzekeringsgeld

Zodra wij deze laatste stukken van u hebben ontvangen zullen wij u binnen een week de uitbetalingsbrief sturen. Hierin staat een termijn van maximaal 3 weken genoemd waarbinnen u het geld op uw rekening kunt verwachten. Deze termijn is nodig om de procedure van uitbetaling (o.a. goedkeuring en controle) te doorlopen.

### Originele formulieren

In sommige gevallen vragen wij u om ons originele documenten te sturen.

Van de volgende formulieren willen wij altijd het origineel zien:

- Akte van overlijden (wordt door ons altijd aan u teruggestuurd).
- Verklaring van erfrecht (wordt door ons altijd aan u teruggestuurd).
- Bevestiging van ziekenhuisopname.
- Bevestiging ziekte-dagen door werkgever.

Soms zijn kopieën van documenten onduidelijk, of roepen zij vragen op. Ook in dat geval kunnen wij u vragen deze documenten nog in origineel aan te leveren.

Het opvragen van originele documenten is nodig omdat wij zo zorgvuldig mogelijk dienen vast te stellen of en wanneer bepaalde feiten zich hebben voorgedaan en om er voor te zorgen dat wij ook echt uitkeren naar degene(n) die recht heeft/hebben op de uitkering.

Als u een kopie stuurt van documenten waarvan wij het origineel hebben gevraagd dan geeft dit vertraging in de claimafhandeling.

Alle regels en procedures die wij hanteren zijn gericht op de zorgvuldigheid van de afhandeling van de claim. Dit komt de snelheid van de afhandeling niet altijd ten goede, maar wij stellen kwaliteit boven kwantiteit. Deze kwaliteit en zorgvuldigheid nemen wij in acht naar u, als klant, maar ook richting de verzekeraars waar wij voor werken.

