|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |  |
| Aanvraag herbeoordeling WIA |
| Door werkgever, verzekeraar of andere gemachtigde organisatie |
|  | **Waarom dit formulier?**Met dit formulier vraagt u als werkgever, verzekeraar of een andere gemachtigde organisatie een herbeoordeling aan voor een werknemer of ex-werknemer. Vraagt u als verzekeraar of een andere gemachtigde organisatie een herbeoordeling aan? Dan moet de werkgever of ex-werkgever u daarvoor machtigen. Stuur in dat geval de machtiging van de (ex-)werkgever mee met deze aanvraag.**Wat u verder meestuurt met de aanvraag**U moet uw aanvraag goed onderbouwen. Heeft u medische informatie of andere uitleg over de wijziging in de gezondheid van de (ex-)werknemer? Stuur daarvan dan een bewijs mee in de bijlagen. Of stuur ze uiterlijk 1 dag na de aanvraag apart op. **Let op:** Medische informatie mogen wij alleen ontvangen van een arbodienst of bedrijfsarts. Stuur deze informatie daarom mee in een aparte gesloten envelop en zet daarop ‘Medische informatie’. Doe deze envelop in de algemene envelop met de overige bijlagen. |  | **Opsturen**Vul het formulier in, onderteken het en stuur het met bijlage(n) naar: UWVAfdeling WIAPostbus 692541060 CH AMSTERDAM**Na de aanvraag**Nadat wij uw formulier en eventuele bijlagen hebben ontvangen, nemen wij uw aanvraag in behandeling. **Meer informatie** U vindt meer informatie op uwv.nl. U kunt ook bellen met UWV Telefoon Werkgevers via 088 – 898 92 95 (lokaal tarief – belkosten zijn afhankelijk van uw telefoonaanbieder). Als u belt, houd dan het burgerservicenummer van de (ex-)werknemer bij de hand. Wij kunnen u dan sneller helpen. |  |
|  |  | 1 |  | Gegevens aanvrager herbeoordeling |  |
| 1.1 | Wie is de aanvrager? |  | [ ]  Werkgever[ ]  Verzekeringsmaatschappij |  |
|  |  |  | [ ]  Andere gemachtigde organisatie, namelijk |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.2 | Bedrijfsnaam |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.3 | Vestigingsplaats |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.4 | Postadres |  | Adres |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Postcode en plaats |       |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.5 | Contactpersoon |  |       |  | [ ]  Man | [ ]  Vrouw |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.6 | Functie |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.7 | Rechtstreeks telefoonnummer contactpersoon |  |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.8 | E-mailadres |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 2 |  | Gegevens (ex-)werknemer |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.1 | Voorletters en achternaam |  | *Gebruikt de (ex-)werknemer de achternaam van de partner? Vul dan ook de geboortenaam in.* |  |
|  |  |  |
|  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.2 | Burgerservicenummer |  |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.3 | Telefoonnummer |  |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 3 |  | Gegevens (ex-)werkgever |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.1 | Bedrijfsnaam |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.2 | Vestigingsplaats |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.3 | Loonheffingennummer |  |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.4 | Telefoonnummer |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.5 | E-mailadres |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 4 |  | Gegevens arbodienst of bedrijfsarts |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Is de (ex-)werkgever verantwoordelijk voor re-integratie, vul dan de gegevens van de arbodienst of bedrijfsarts in. |  |
| 4.1 | Naam arbodienst/bedrijfsarts  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 4.2 | Naam contactpersoon |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 4.3 | Telefoonnummer contactpersoon |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 5 |  | De aanvraag herbeoordeling |  |
|  |  |  |  |  |
| 5.1 | Wat is de reden van de aanvraag? |  | [ ]  De gezondheid van de (ex-)werknemer is vermoedelijk slechter geworden.[ ]  De gezondheid van de (ex-)werknemer is vermoedelijk beter geworden.[ ]  De (ex-)werknemer is vermoedelijk blijvend arbeidsongeschikt.[ ]  Anders, licht uw antwoord toe: |  |
|  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 5.2 | Sinds wanneer vermoedt u dat de gezondheid van de (ex-)werknemer is veranderd? |  | Maand |       |  Jaar |       |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5.3 | Weet de (ex-)werknemer van deze aanvraag? |  | [ ]  Ja[ ]  Nee |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 6 |  | Werk en re-integratie |  |
|  |  |  |  |  |
| 6.1 | Is er na de laatste WIA-beoordeling iets gedaan aan de re-integratie van de (ex-)werknemer? |  | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  Niet van toepassing |  |
|  |  |  |  |  |
| 6.2 | Licht uw antwoord toe |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| 6.3 | Welke benutbare mogelijkheden heeft de (ex-)werknemer? |  | [ ]  Geschikt voor het eigen werk[ ]  Gedeeltelijk geschikt voor het eigen werk[ ]  Toenemend belastbaar voor ander werk[ ]  Wisselend belastbaar voor arbeid[ ]  Verlies van benutbare mogelijkheden binnen 3 maanden[ ]  Anders. Licht uw antwoord toe: |  |
|  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 7 |  | Opmerkingen/aanvullingen |  |
|  |  |  |  |  |
| 7.1 | Ruimte voor opmerkingen en aanvullingen om uw aanvraag te onderbouwen |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 8 |  | Bijlagen |  |
|  |  |  |  |  |
| 8.1 | Stuur de volgende bijlage mee |  | Machtiging van de (ex-)werkgever |  |
|  |  |  |  |  |
| 8.2 | Stuurt u medische gegevens op? |  | [ ]  Nee [ ]  Ja, stuur deze gegevens van de arbodienst of bedrijfsarts mee in een aparte gesloten envelop met daarop de vermelding 'Medische gegevens'. Doe deze envelop in de envelop met de overige bijlagen. |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 9 |  | Ondertekening |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Datum en handtekening |  |  |  |  |  |
|       |
|  |  |  |  |  |