

Forsikrede

Navn:		Cpr. nr.:
Adresse:		Stilling:
Postnr.:	By:	Telefon nr.
E-mailadresse:		Mobil nr.:

**Vigtigt — læs dette inden du udfylder anmeldelsen**

- Vi beder dig udfylde hele anmeldelsen, og vedlægge alle bilag som nævnt nederst på side 3.
- Den månedlige ydelse kommer til udbetaling efter en sammenhængende uarbejdsdygtighedsperiode på minimum 30 dage
- Det er en betingelse for erstatning, at du modtager sygedagpenge.
- Alle udbetalinger foretages til din Nemkonto
- Lederne/ProTillægsforsikring ved uarbejdsdygtighed udgør 50 % af den valgte forsikringsydelse. Se endvidere næste afsnit.
- Da udbetalinger (sygedagpenge og forsikringer) under uarbejdsdygtighed maksimalt må udgøre 90 % af din hidtidige indkomst ekskl. AM, skal vi have dokumentation for din hidtidige indkomst. På side 2 i denne anmeldelse, kan du se hvilke oplysninger vi har brug for.
- Du skal indsende en "Anmeldelse af fortsat uarbejdsdygtighed" sammen med dokumentation for udbetaling af sygedagpenge, for hver gang du har været uarbejdsdygtig i 30 sammenhængende dage. Vi sender de fortsatte anmeldelser til dig, hvis vi dækker din uarbejdsdygtighed.
- Forsikringspræmien skal fortsat betales i den periode, hvor du er sygemeldt.

Blanketten indsendes til:

**Lederne/Pro Skadecenter for uarbejdsdygtighed**

Marsh  
Teknikerbyen 1  
2830 Virum  
Telefon 45 95 95 95  
E-mail: [lederne@marsh.com](mailto:lederne@marsh.com)

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os.

## Oplysninger om uarbejdsdygtigheden

På hvilken måde er du forhindret i at arbejde? (Beskriv sygdommen / ulykken)		<b>SKAL UDFYLDES</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Oplys dato for ulykken eller sygdommens indtræden	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Oplys dato for sidste arbejdsdag	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Oplys dato for første dag hvor du fik udbetalt sygedagpenge	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Dato for første lægebesøg i forbindelse med denne uarbejdsdygtighed	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Er der stillet en diagnose? Hvis ja anfør venligst diagnosen:	_____	
Navn og adresse på den læge / hospital, som behandlede dig	<hr/> <hr/>	
Er vedkommende den læge, som du normalt henvender dig til?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har du tidligere været uarbejdsdygtighed af samme årsag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvis ja, bedes du venligst angive hvornår	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Var du i et ansættelsesforhold, da du blev uarbejdsdygtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvis nej, hvorfor?	Arbejdsløs <input type="checkbox"/> Andet:	
Arbejdsgivers navn:		
Arbejdsgivers adresse:	Telefon:	
Ansættelsesdato:	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Hvilken dato modtog du din opsigelse?	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Hvilken dag er din sidste ansættelsesdag (sidste dag med løn)?	Dag ____ mdr. ____ år ____	
Antal arbejdstimer pr. uge	Branche:	
Blev du opsagt af arbejdsgiver?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sagde du selv op?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har du en ny ansættelse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvis, ja anfør ny ansættelsesdato:	Dag ____ mdr. ____ år ____	

### Yderligere oplysninger:

Navn og adresse på andre som har behandlet dig: (læger eller hospitaler)

---

---

Oplysninger om din egen læge:

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Post / by: \_\_\_\_\_

Her er plads til yderligere oplysninger:

---

---

---

---

---

Er der andet eller andre sygdomme som har indflydelse på din situation?

Ja

Nej

Hvis ja, anfør venligst herunder:

---

---

Hvornår forventer du at blive raskmeldt?

Dag \_\_\_\_\_ mdr. \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_

### Samtykkeerklæring

Undertegnede - som er fuldstændig uarbejdsdygtighed - anmoder hermed om udbetaling af forsikringsydelse i henhold til gældende forsikringsbetingelser.

Jeg bekræfter, at alle oplysninger i denne anmeldelse er korrekte, og accepterer, at forsikringsadministratoren Marsh, kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger.

Jeg giver samtidig Marsh fuldmagt til på mine vegne, at søge oplysninger hos min læge, hospital, arbejdsgiver, forsikringsselskaber m.m. Jeg er indforstået med, at jeg for egen regning skal fremskaffe de af Marsh forlangte dokumenter til vurdering af anmeldelsen.

Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie og brugt af Marsh, Ledernes Hovedorganisation, Lederne/Pro og forsikringsselskabet AmTrust til at behandle anmeldelsen. Marsh er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning.

- kopi af mine lønsedler for 6 måneder (sæt kryds)
- kopi af min opsigelse (sæt kryds)
- kopi af min lægejournal eller anden lægelig dokumentation
- kopi af sygedagpengeudbetalingen

Dato:

Underskrift:

## FP 602 – Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.

### Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra et forsikringsselskab, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give forsikringsadministrator Marsh alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

### Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Marsh har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af Forsikringsaftaleloven.

### Din læge m.fl. kan videregive oplysninger

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af Sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

### Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Marsh ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

### Du får besked hver gang Marsh indhenter oplysninger

Hver gang Marsh indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, Marsh ønsker at hente oplysningerne.

#### Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Marsh må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Marsh har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Marsh.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift & CPR-nummer