

Skadeanmeldelse uarbejdsdygtighed

Vejledning

Anmeldelsen består af nedenstående 2 sider, samt de nedenfor nævnte dokumenter.

Udfyld hele denne anmeldelse, med enten ulykke eller sygdom, og send den hurtigst muligt efter første sygedag, hvis du samtidig er arbejdsledig.

Til anmeldelsen bedes du medsende kopi af følgende:

- Lægelige oplysninger med diagnose og prognose for sygdom og forløb. Såfremt prognose eller diagnose ændres, skal vi have tilsendt nye lægelige oplysninger med disse anført. Omkostninger til indhentelse af lægelige oplysninger er ikke omfattet af forsikringsdækningen.
- Lønsedler 3 måneder forud for første sygedag.
- Din opsigelse.
- Din ansættelsesaftale.

Alle oplysninger der modtages fra forsikringstager, eller andre, i forbindelse med bedømmelsen af denne anmeldelse vil blive lagret i fysisk og/eller elektronisk form, i overensstemmelse med, og under iagttagelse af gældende lovgivning.

Forsikringstager skal i øvrigt, for egen regning og i det omfang det er muligt, fremskaffe den dokumentation, der er nødvendig for bedømmelsen af erstatningsret i henhold til forsikringen.

Når du har fået tilkendt erstatning for arbejdsløshed, er det vigtigt at du hver måned sender en kopi af udbetalingsspecifikationen fra a-kassen/udbetalingsspecifikationen fra kommunen.

Udbetalingen af erstatningen sker til din NEM-konto.

Såfremt der er afgivet misvisende eller urigtige oplysninger i forbindelse med skadeanmeldelsen, kan Det Faglige Hus Forsikringsagentur A/S / Sønderjysk Forsikring G/S kræve tilbagebetaling af erstatningen.

Har du spørgsmål til udfyldelse af denne skadeanmeldelse, er du velkommen til at kontakte os i personskade på tlf. 7340 4149.

Personlige oplysninger

Navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Postnr.:	By:
Telefon:	E-mail:
Policenummer:	

Oplysninger om ulykke (ved sygdom, se nedenfor)

Hvornår skete ulykken:

Dato: _____ Kl.: _____

Hvor skete ulykken:

Beskrivelse af ulykken (brug evt. bagsiden):

Hvornår blev du behandlet første gang?

Dato: _____

Lægens navn og adresse:

Oplysninger om sygdom

Hvornår var første sygedag? Dato: _____
Diagnose? Lægelig dokumentation for diagnosen bedes fremsendt.
Er du fortsat sygemeldt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis nej, hvornår er du raskmeldt? – dato: _____
Har du haft sygdom, invaliditet eller ulykkestilfælde, der har relation til den opståede uarbejdsdygtighed? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken:

Oplysninger om andre forsikringer

Har du andre forsikringer der dækker uarbejdsdygtighed? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Forsikrings-selskab/ policenummer	Dækning pr. måned	Første og sidste udbetalings- tidspunkt
Evt. yderligere oplysninger:		

Undertegnede, erklærer ved underskrift:	
• At de ovenfor afgivne oplysninger er korrekte.	
Sted og dato:	Underskrift: