

Anmeldelse af uarbejdsdygtighed

Forsikredes navn:	Cpr.nummer:
Adresse:	Postnr.:
By:	Telefonnr.:
Stillingsbetegnelse:	E-mail:
Hvori består/bestod dit arbejde:	

Oplysninger til brug for udbetaling

Pengeinstitut og afdeling:			
Reg.nr. og kontonr.:	-	Trækprocent (fremgår af din forsudsregistrering):	
Dokumentation for A-indkomst: Lønsedler for 3 måneder før du blev uarbejdsdygtig er vedlagt: <input type="checkbox"/> (sæt kryds)			

Vigtigt — læs dette inden du udfylder anmeldelsen

1. Vi beder dig udfylde hele anmeldelsen, og indsende den til Genworth Financial hurtigst muligt.
2. Bemærk venligst, at uarbejdsdygtighed KUN dækkes, hvis Genworth Financial i forvejen har anerkendt din ufrivillige arbejdsløshed.
3. Da udbetalinger (sygedagpenge og forsikringer) under uarbejdsdygtighed maksimalt må udgøre 80% af din hidtige indkomst, skal vi have dokumentation for din hidtige indkomst. På side 2 i denne anmeldelse, kan du se hvilke oplysninger vi har brug for.
4. Du skal indsende en "Anmeldelse af fortsat uarbejdsdygtighed" hver gang du har været uarbejdsdygtig i 30 sammenhængende dage, så længe du ønsker at gøre krav på forsikringsydelsen. Vi sender de fortsatte anmeldelser til dig, hvis vi dækker din uarbejdsdygtighed. Yderligere anmeldelser kan du få tilsendt, ved at kontakte os.
5. Forsikringspræmien skal fortsat betales i den periode, hvor du er sygemeldt.

Genworth Financials kundeservice

Har du nogle spørgsmål, er du velkommen til at kontakte vores kundeservice.

Telefonnummer: 70 22 00 71

E-mail: kundeservice@genworth.com

Oplysninger om uarbejdsdygtighed – denne del udfyldes af dig selv

På hvilken måde er du forhindret i at arbejde? (Beskriv sygdommen/ulykken). **Skal udfyldes:**

Dato for ulykken eller sygdommens indtræden:	dag	md.	år
Dato for sidste arbejdsdag:	dag	md.	år
Dato for første lægebesøg i forbindelse med denne uarbejdsdygtighed:	dag	md.	år
Hvornår opdagede du de første symptomer?	dag	md.	år

Navn og adresse på den læge eller hospital, som behandlede dig:

Navn:

Adresse:

Er vedkommende den læge, som du normalt henvender dig til? Ja Nej

Ved sygdom: Har du tidligere haft denne sygdom? Ja Nej

Hvis ja, bedes du venligst angive hvornår? dag md. år

Har du tidligere søgt om udbetaling af forsikringsydelse? Ja Nej

Hvis ja, bedes du venligst angive hvornår? dag md. år

Navn og adresse på andre læger, der har behandlet dig indenfor de seneste 12 måneder:

Dato	Navn	Adresse	Behandling:

Undertegnede som er sygemeldt, anmoder hermed om udbetaling af forsikringsydelse i henhold til gældende forsikringsbetingelser. Jeg bekræfter, at alle oplysninger i denne anmeldelse er korrekte, og accepterer, at Genworth Financial, kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger. Jeg giver samtidig Genworth Financial fuldmagt til på mine vegne, at søge oplysninger hos læge, hospital, forsikringssselskab, revisor, arbejdsgiver m.fl., der vil kunne bruges ved bedømmelsen af anmeldelsen. Jeg er indforstået med, at jeg for egen regning skal fremskaffe de af Genworth Financial forlangte dokumenter til vurdering af anmeldelsen. Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie, og brugt af Genworth Financial, andre selskaber i Genworth Financial koncernen til at behandle anmeldelsen. Genworth Financial er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning.

HUSK	Dato	Underskrift
-------------	------	-------------