

Anmeldelse af midlertidig uarbejdsdygtighed

Låneoplysninger (Lån med forsikring gennem Genworth Financial)

| | |
|-----------|--------------|
| Långiver: | Kontonummer: |
| Långiver: | Kontonummer: |
| Långiver: | Kontonummer: |

Personoplysninger

| | | |
|-------------------|-----|----------------------|
| Forsikredes navn: | | Cpr-nummer: |
| Adresse: | | Stillingsbetegnelse: |
| Postnummer: | By: | Telefon: |
| E-mail: | | |

Vigtigt – læs dette inden du udfylder anmeldelsen

1. Vi beder dig udfylde hele anmeldelsen og indsende den til Genworth Financial hurtigst muligt.
2. Du skal indsende en "Anmeldelse af *fortsat* uarbejdsdygtighed" hver måned, så længe du ønsker at gøre krav på en forsikringsydelse. Vi sender anmeldelserne, hvis vi dækker din uarbejdsdygtighed.
3. Forsikringsgebyr skal fortsat betales i den periode, hvor ret til udbetaling af forsikringsydelse foreligger.
4. Uarbejdsdygtighed som følge af sygdom eller ulykke, som opstod før forsikringen blev tegnet, er ikke dækket af forsikringen.
5. Rentefradragsretten bortfalder i den periode hvor Genworth Financial betaler ydelsen på dit/dine lån.

Udbetaling/beskatning

Udbetalinger fra denne forsikring, indbetales på din konto/lån og er ikke indkomstskattepligtig for dig.

Genworth Financials kundeservice

Har du nogle spørgsmål, er du velkommen til at ringe til kundeservice på telefonnr.: 43 25 53 33, eller sende en e-mail: kundeservice@genworth.com

Genworth Financial, Kirkebjerg Allé 86 b, 2605 Brøndby

Oplysninger om uarbejdsdygtigheden

Denne del udfyldes af dig selv



| På hvilken måde er du forhindret i at arbejde? (beskriv sygdommen/ulykken) | | Skal udfyldes: | |
|--|------------------------------|-----------------------------|----------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | |
| 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 |
| | ___ | ___ | ___ |
| Navn og adresse på den læge eller hospital, som behandlede dig: | Navn: | | |
| | Adresse: | | |
| Er vedkommende den læge, som du normalt henvender dig til? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Ved sygdom: Har du tidligere haft denne sygdom? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Hvis ja, bedes du venligst angive hvornår: | Dag | Md. | År |
| | ___ | ___ | ___ |
| Har du tidligere søgt om udbetaling af forsikringsydelse? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Hvornår: _____ |
| Var du i arbejde, da du blev uarbejdsdygtig? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Hvis nej, hvorfor? <input type="checkbox"/> Arbejdsløs <input type="checkbox"/> Andet: _____ | | | |
| Din arbejdsgiver: | Telefon: | | |
| Adresse: | Postnr.: | By: | |
| Ansættelsesdato: Dag Md. År | Antal arbejdstimer pr. uge: | | Branche: |
| 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, forsikringsselskab arbejdsgiver m.m., 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 og andre selskaber i Genworth Financial koncernen til at behandle anmeldelsen. Genworth Financial er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning. | | | |
| Dato: | Underskrift: | | |

FP 602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Genworth Financial, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give os alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Genworth Financial 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 Genworth Financial 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 forsikringselskaber 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 Genworth Financial ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang Genworth Financial indhenter oplysninger

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

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Genworth Financial 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 forsikringselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Genworth Financial 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 Genworth Financial.

..... den

.....

(underskrift)

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger fra læger, sker det ved en aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/pensionskassen anmoder om det.