

Anmeldelse af fortsat uarbejdsdygtighed

Til internt brug:

Denne del udfyldes af dig selv

Skriv dit sagsnr.:

Forsikredes navn:

Cpr.nummer:

Adresse:

Postnr.:

By:

Telefonnr.:

Er du fortsat uarbejdsdygtig og forhindret i at arbejde? Ja Nej

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.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, og andre selskaber i Genworth Financial til at behandle anmeldelsen. Genworth Financial er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning.

Dato:

Underskrift:

Denne del udfyldes af din læge

Hvori består uarbejdsdygtigheden:
(Diagnosen anføres på dansk)

Er patienten fuldstændig forhindret i at udføre sit almindelige arbejde? Ja Nej

Hvornår forventes patienten tidligst tilbage i arbejde? dag md. år Uvist

Har patienten konsulteret, eller har du henvist patienten til andre læger? Ja Nej

Hvis ja, angiv venligst navn og adresse:

Findes der andre omstændigheder, som kan forsinke patientens helbredelse? Ja Nej

Hvis ja, angiv venligst hvilke:

Stempel:

_____ den / _____ - 200

_____ Lægens underskrift

Evt. udgifter til udfyldelse af denne attest afholdes af patienten i henhold til forsikringsbetingelserne

Husk: Anmeldelsen skal indsendes til Genworth Financial hver gang du har været uarbejdsdygtig i 30 dage.