

## Anmeldelse af midlertidig uarbejdsdygtighed

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

### Oplysninger til brug for udbetaling

Pengeinstitut og afdeling:			
Reg.nr. og kontonr.:	-	Trækprocent (fremgår af din forsikringsregistrering):	
<b>For lønmodtagere:</b> Dokumentation for A-indkomst: Lønsedler for 3 måneder før du blev uarbejdsdygtig er vedlagt:		<input type="checkbox"/>	(sæt kryds)
<b>For selvstændige:</b> De 2 bedste af de seneste 5 hele regnskabsår 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. 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.
3. 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.
4. 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: 43 25 53 00**

**E-mail: [kundeservice@genworth.com](mailto:kundeservice@genworth.com)**

## Oplysninger om din hidtige indkomst – denne del udfyldes af dig selv

### Definition af selvstændig erhvervsdrivende:

Selvstændig erhvervsdrivende betyder, at du har din hovedbeskæftigelse, det vil sige bruger hovedparten af din arbejdstid, i din egen virksomhed i Danmark, hvad enten denne drives som personligt ejet virksomhed, som interessentskab eller som anpartsselskab, aktieselskab eller kommanditselskab med afgørende indflydelse, jf. bekendtgørelse om optagelse i arbejdsløshedskasse for selvstændige erhvervsdrivende § 3.

Du skal kunne dokumentere, at du driver selvstændig erhvervsvirksomhed ved mindst et af de nævnte forhold:

- Kopi af tilmelding som selvstændig til offentlige registre, hvoraf dit navn fremgår (f.eks. kopi af bevis for moms/CVR-registrering, kopi af en momsangivelse, lønsumsangivelse eller udskrift fra Erhvervs- og Selskabsstyrelsens register.
- Erklæring fra virksomhedens revisor eller advokat om deltagelse som medarbejdende ægtefælle. Registrerede partnere sidestilles fuldt ud med ægtefæller.

Desuden skal du kunne dokumentere, at du har arbejdet i virksomheden i "væsentligt omfang", det vil sige i mere end 30 timer om ugen.

### For lønmodtagere:

Var du i et ansættelsesforhold, da du blev uarbejdsdygtig?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis nej, hvorfor?	<input type="checkbox"/> Arbejdsløs	<input type="checkbox"/> Andet:	
Din arbejdsgivers navn:			
Adresse:		Telefonnr.:	
Ansættelsesdato:		dag	md. år
Antal arbejdstimer pr. uge:			
Branche:			
<input type="checkbox"/> <b>Ja, jeg har husket at vedlægge kopi af mine lønsedler for de seneste 3 mdr. før jeg blev uarbejdsdygtig. (Sæt kryds)</b>			

### For selvstændige:

Din virksomheds navn:		CVR-nr.:	
Adresse:		Telefonnr.:	
Beskæftiget i antal timer pr. uge:			
Virksomhedens art:	Personligt ejet <input type="checkbox"/>	I/S <input type="checkbox"/>	K/S <input type="checkbox"/> ApS <input type="checkbox"/> A/S <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Ja, jeg har husket at vedlægge kopi af de 2 bedste af de seneste 5 hele regnskabsår. (Sæt kryds)</b>			

## 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, forsikringsselskab, 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

## 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.