

## Anmeldelse af midlertidig uarbejdsdygtighed

### Personoplysninger

Navn	CPR-nr.
------	---------

### Skal du sende anmeldelsen ind?

For at spare dig for unødigt udfyldelse af anmeldelsen beder vi dig gennemgå nedenstående spørgsmål

Hvornår har du tegnet forsikringen?	dag	md.	år
Hvornår blev du bekendt med din midlertidige uarbejdsdygtighed?	dag	md.	år
Er der mindst 30 dage mellem du tegnede forsikringen, til du blev bekendt med din midlertidige uarbejdsdygtighed?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

Hvis du har sat kryds i Nej ovenfor, så er der stor risiko for, at din anmeldelse ikke bliver godkendt hos Genworth Financial i henhold til dine forsikringsbetingelser. Ring derfor venligst til os på telefon 70 23 23 37, inden du fortsætter med at udfylde anmeldelsen på de næste sider.

### Oplysninger om virksomheden

Din virksomheds navn	CVR-nr.		
Adresse, Postnr., By	Telefonnummer		
Beskæftiget	Timer pr. uge		
Virksomhedens art <input type="checkbox"/> Personligt eget <input type="checkbox"/> I/S <input type="checkbox"/> K/S <input type="checkbox"/> ApS <input type="checkbox"/> A/S			
Opstart af virksomheden	dag	md.	år

## Anmeldelse af midlertidig uarbejdsdygtighed

### Personoplysninger

Navn	CPR-nr.
Adresse	Stilling
Postnr. /By	Telefonnummer
E-mail	Mobilnummer
Hvori består/bestod dit arbejde?	

### Oplysninger til brug for udbetaling

Reg.nr.	Kontonr.
---------	----------

### Udbetaling/beskatning

Udbetalinger fra denne forsikring er skattepligtige for dig. Indkomstskat vil blive tilbageholdt ud fra din aktuelle trækprocent, som oplyses via e-Indkomst.

### Vigtigt - læs dette inden du udfylder anmeldelsen

- Vi beder dig udfylde hele anmeldelsen, og indsende den til Genworth Financial hurtigst muligt.
- Da udbetalinger (sygedagpenge og forsikringer) under uarbejdsdygtighed maksimalt må udgøre 80% af din hidtidige indkomst, skal du indsende de 2 bedste regnskaber fra de seneste 5 regnskabsår, eller de seneste 3 lønsedler, hvis du ikke har drevet virksomheden i 3 fulde regnskabsår.
- Du skal indsende en "Anmeldelse af fortsat uarbejdsdygtighed" for hver 30 dages periode, så længe du ønsker at gøre krav på forsikringsydelsen. Vi sender 3 fortsatte anmeldelser til dig, hvis vi dækker din uarbejdsdygtighed. Yderligere anmeldelser kan du få tilsendt ved at kontakte os pr. e-mail eller ved at ringe til os.
- Forsikringspræmien skal fortsat betales i den periode, hvor du er uarbejdsdygtig.

### 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. Denne kan drives som personligt ejet virksomhed, som interessentskab eller som anpartsselskab, aktieselskab eller kommanditselskab med afgørende indflydelse, jf. bekendtgørelse om optagelse i en a-kasse, § 1, stk. 3 og bekendtgørelse om drift af selvstændig virksomhed, § 5.

Du skal være forsikret i a-kassen på baggrund af dit arbejde i den selvstændige virksomhed.

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

### Genworth Financials kundeservice

Har du nogle spørgsmål, er du velkommen til at ringe til vores kundeservice på telefonnummer 70 23 23 37.

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

### Anmeldelse af midlertidig uarbejdsdygtighed

#### Oplysninger om uarbejdsdygtighed - denne del udfyldes af dig selv

På hvilken måde er du forhindret i at arbejde? (Beskriv sygdommen/ulykken)			
Dato for sygdommens eller ulykkens indtræden			dag    md.    år
Dato for sidste arbejdsdag			dag    md.    år
Dato for første lægebesøg i forbindelse med denne uarbejdsdygtighed			dag    md.    år
Læge eller hospital, som behandlede dig	Navn	Adresse	
Er vedkommende den læge, som du normalt henvender dig til?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ved sygdom: Har du tidligere haft denne sygdom?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis Ja, bedes du venligst angive hvornår			dag    md.    år
Har du tidligere søgt om udbetaling af forsikringsydelse?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis Ja, hvornår			dag    md.    år
Var du beskæftiget som selvstændig erhvervsdrivende mere end 30 timer pr. uge, da skaden skete?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis Nej, hvorfor ikke?			

#### 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.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 koncernen til at behandle anmeldelsen. Genworth Financial er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning.

Ja    Jeg har husket at vedlægge de 2 bedste regnskaber fra de seneste 5 hele regnskabsår, eller de seneste 3 lønsedler, hvis jeg ikke har drevet virksomheden i 3 hele regnskabsår.

<b>HUSK</b>	Dato	Underskrift

## FP 602 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – (Forsikringsbegivenhed)

### 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 forsikringsselskaber 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, Genworth Financial 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 forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringsselskaber, 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.

Dato: .....

.....  
Underskrift & CPR-nummer

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.

## Underskrevet samtykkeerklæring sendes til

**Genworth Financial**  
Kirkebjerg Allé 86 b  
2605 Brøndby  
Tlf. 43255333  
Fax. 43255301