

## Skadeanmeldelse uarbejdsdygtighed

### Vejledning

Anmeldelsen består af nedenstående 3 sider, samt de nedenfor nævnte dokumenter.

Udfyld hele denne anmeldelse, med enten ulykke eller sygdom, og send den til os ca. en måned efter første sygedag.

Til anmeldelsen bedes du medsende kopi af følgende:

- Lægeerklæring med diagnose og prognose for sygdom og forløb. Såfremt prognose eller diagnose ændres, skal vi have tilsendt ny lægeerklæring med disse anført. Omkostninger til lægeerklæringer er ikke omfattet af forsikringsdækningen.
- Lønsedler 3 måneder forud for første sygedag.
- Din opsigelse.
- Din ansættelsesaftale.

Deruover skal du indsende den første udbetalingspecifikation for sygedagpenge.

Når du har fået tilkendt erstatning for uarbejdsdygtighed, skal du hver måned indsende bekræftelse på at du fortsat modtager sygedagpenge. Du kan hente dokumentet på [www.detfagligehus.dk](http://www.detfagligehus.dk)

Har du spørgsmål til udfyldelse af denne skadeanmeldelse, er du velkommen til at kontakte os i kundeservice på tlf. 7340 4149.

### Personlige oplysninger

Navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Postnr.:	By:
Telefon:	E-mail:
Policenummer:	
Lønkonto (til udbetaling):	
Registreringsnummer: _____ kontonummer: _____	

### Oplysninger om ulykke (ved sygdom, se nedenfor)

Hvornår skete ulykken:
Dato: _____ Kl.: _____
Hvor skete ulykken:
Beskrivelse af ulykken (brug evt. bagsiden):

### Oplysninger om sygdom

Hvornår var første sygedag?
Dato: _____
Diagnose?
Hvornår blev du behandlet første gang?
Dato: _____
Lægens navn og adresse:
Er du forsæt sygemeldt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis nej, hvornår er du raskmeldt? – dato: _____
Har du haft sygdom, invaliditet eller ulykkestilfælde, der har relation til den opståede uarbejdsdygtighed?
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken:

### Oplysninger om andre forsikringer

Har du andre forsikringer der dækker uarbejdsdygtighed? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
<table border="1"> <tr> <td>Forsikrings-selskab/ policenummer</td> <td>Dækning pr. måned</td> <td>Første og sidste udbetalings- tidspunkt</td> </tr> </table>	Forsikrings-selskab/ policenummer	Dækning pr. måned	Første og sidste udbetalings- tidspunkt
Forsikrings-selskab/ policenummer	Dækning pr. måned	Første og sidste udbetalings- tidspunkt	
Evt. yderligere oplysninger:			

Undertegnede, erklærer ved underskrift:

- At jeg giver mit samtykke og fuldmagt til, at DFA ForsikringsAgentur ApS, samt dennes repræsentanter, kan søge oplysninger der er nødvendige for bedømmelsen af denne anmeldelse og deraf følgende erstatningsret i henhold til forsikringen. Oplysninger vil kunne hentes hos relevant autoriseret sundhedspersonale, sygehuse, sundhedsinstitutioner, hos offentlige myndigheder, samt forsikringsselskaber / pensionskasser. Andre forsikringsselskaber, samt offentlige myndigheder kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.
- At jeg er klar over at alle oplysninger der modtages fra forsikringstager, eller andre, i forbindelse med bedømmelsen af denne anmeldelse vil blive lagret i fysisk og/eller elektronisk form, i overensstemmelse med, og under iagttagelse af gældende lovgivning.
- At jeg skal for egen regning, fremskaffe den dokumentation der er nødvendig for bedømmelsen af erstatningsret i henhold til forsikringen.
- At såfremt der er afgivet misvisende eller urigtige oplysninger i forbindelse med skadeanmeldelsen, kan DFA ForsikringsAgentur ApS kræve tilbagebetaling af udbetalte erstatningsbeløb.

Sted og dato:

Underskrift:

**Udfyldes af a-kasse**

Navn:		Cpr.nr.:	
Har ovennævnte registreret sig som arbejdsløs?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Dato for registrering: _____			
Har ovennævnte været i karantæne? Hvis ja, hvorfor?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Er ovennævnte aktivt arbejdssøgende? Hvis nej, hvorfor?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Står ovennævnte til rådighed for det danske arbejdsmarked? Hvis nej, hvorfor?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kontaktperson:	Telefon:	E-mail:	
Har a-kassen beregnet arbejdsfortjenesten for medlemmet?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvor meget er arbejdsfortjenesten beregnet til? _____			
Evt. andre oplysninger til brug for behandling af forsikringen?			
Dato og underskrift:		Stempel a-kasse	