

Tillægsforsikringen
Anmeldelse af fortsat uarbejdsdygtighed



Forsikrede / Medlem

Navn:	Cpr. nr.:
Adresse:	Skade nr.:
E-mailadresse:	Telefon nr.

Denne anmeldelse gælder for følgende periode(r) å sammenhængende 30 dage		
Er du fortsat fuldstændig uarbejdsdygtig og forhindret i at arbejde?	Ja	Nej
Hvis nej, oplys venligst hvorfor?	Raskmeldt	Andet
Hvornår forventer du at blive raskmeldt?		Uvist
Yderligere oplysninger:		

Undertegnede - som er fuldstændig uarbejdsdygtighed - anmoder hermed om udbetaling af forsikringsydelse i henhold til gældende forsikringsbetingelser. Jeg bekræfter, at alle oplysninger i denne anmeldelse er korrekte, og accepterer, at forsikringsadministratoren Marsh A/S, kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger.

Jeg giver samtidig Marsh A/S fuldmagt til på mine vegne, at søge oplysninger hos min læge, hospital, arbejdsgiver, forsikringsselskaber m.m. Jeg er indforstået med, at jeg for egen regning skal fremskaffe de af Marsh A/S forlangte dokumenter til vurdering af anmeldelsen.

Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie og brugt af Marsh A/S, Lederne Hovedorganisation, Lederne/Pro og forsikringsselskabet AmTrust til at behandle anmeldelsen. Marsh A/S er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning.

Ja, jeg har husket at vedlægge kopi af sygedagpengeudbetalingen.

Dato:

Underskrift:

Blanketten indsendes til: (hver gang du har været uarbejdsdygtig i sammenhængende 30 dage.)

Lederne/Pro Skadecenter for uarbejdsdygtighed

Marsh A/S

Teknikerbyen 1

2830 Virum

Telefon 45 95 95 95

E-mail: affinity.denmark@marsh.com

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os.