

Vigtigt - læs dette inden du udfylder anmeldelsen

- Husk følgende dokumentation skal vedlægges anmeldelsen;**
 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger
 - Kopi af lønsedler for de seneste 6 måneder (nøglemedarbejderdækning)
 - Dokumentation for ophør af virksomhed
 - Kopi af lægejournal eller anden lægelig dokumentation
 - Kopi af sygedagpengeudbetaling
 - **Samtykkeerklæring fra den person, der er uarbejdsdygtig**
- For hurtigere sagsbehandling, bedes du sørge for følgende;**
 - Sygedagpenge er ansøgt på borger.dk
 - Sikre dig, at alt dokumentation er vedlagt anmeldelsen og samtykkeerklæringen er underskrevet
- Anmeldelsen sendes til**
Virksoms Skadecenter · Marsh · Att.: Affinity · Teknikerbyen 1 · 2830 Virum eller
E-mail: lederne@marsh.com

Alle udbetalinger foretages til din NemKonto.

Afhængig af dækning og hændelse, vil der blive stillet krav om supplerende oplysninger og dokumentation for eks. driftstab, sygehusindlæggelse, kritisk sygdom m.v.

Forsikrede og firmaoplysninger - Udfyldes med blokbogstaver

Navn:		CPR-nr.:
Adresse:		Stilling:
Postnr.:	By:	Telefon:
E-mail:		Mobil:
Firmanavn:		CVR-nr.:
Antal arbejdstimer pr. uge:		Angiv % af ejerforhold:

Anmeldelse

☐ Egen uarbejdsdygtighed	
Periode:	Årsag:
☐ Partners/medejers/nøgelpersons uarbejdsdygtighed	
Periode:	Årsag:
☐ Akut indlæggelse	
Periode:	Årsag:
☐ Kritisk sygdom	
Diagnose dato:	Årsag:
☐ Pasning af pårørende	
Periode:	Årsag:
Antal ansatte:	Ansæt siden:

Virksoms Indtægtssikring

Anmeldelse

Medejer/partner/nøgleperson

Navn:		CPR-nr.:
Adresse:		Stilling:
Postnr.:	By:	Telefon:
E-mail:		Mobil:
Firmanavn:		CVR-nr.:
Antal arbejdstimer pr. uge:		Angiv % af ejerforhold:
Antal ansatte:		Ansæt siden:

Oplysninger om hændelsen

Beskriv hændelsesforløb:		
Dato for ulykken eller sygdommens indtræden (dd/md/år):		
Dato for sidste arbejdsdag (dd/md/år):		
Dato for første sygedagpenge udbetalt (dd/md/år):		
Dato for første lægebesøg i forbindelse med uarbejdsdygtighed (dd/md/år):		
Er der stillet en diagnose? - hvis ja, hvilken:		
Navn på behandlende læge eller hospital:		
Adresse:	Postnr.:	By:
Er vedkommende den læge, som sædvanligvis benyttes?	☐ Ja	☐ Nej
Har du tidligere været uarbejdsdygtig af samme årsag?	☐ Ja	☐ Nej
Hvis ja, angiv venligst hvornår (dd/md/år):		

Yderligere oplysninger

Navn på andre behandlingssteder (læge eller hospital):		
Adresse:	Postnr.:	By:
Supplerende oplysninger:		
Hvornår forventes raskmelding (dd/md/år):		

Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Lederne/Virksom, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give forsikringsadministrator Marsh 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 Marsh 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 fortløbende 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 til den anmeldte hændelse. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Marsh ønsker at få oplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang Marsh indhenter oplysninger

Du får besked, når Marsh indhenter konkrete oplysninger, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, Marsh indhenter oplysningerne fra.

Samtykke

Undertegnede, som er fuldstændig uarbejdsdygtig, anmoder hermed om udbetaling af forsikringsydelse i henhold til gældende forsikringsbetingelser.

Jeg bekræfter hermed på Tro og Love, at alle oplysninger i denne anmeldelse er korrekte samt at jeg har læst og accepteret erklæringen/samtykke og accepterer, at Marsh kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har angivet urigtige oplysninger. Forsikringsydelsen indsættes på min NemKonto.

Jeg giver hermed Marsh fuldmagt til på mine vegne at søge oplysninger hos min nuværende/tidligere arbejdsgiver, læge, hospital, forsikringsselskaber m.m., der vil kunne bruges til vurdering af min anmeldelse. Jeg er indforstået med, at jeg for egen regning skal fremskaffe de af Marsh forlangte dokumenter til brug for vurdering af min anmeldelse.

Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie, og brugt af Marsh og andre selskaber i Marsh-koncernen, Ledernes Hovedorganisation, Virksom og forsikringsselskabet AmTrust indenfor EU og EØS til at behandle min anmeldelse.

Marsh er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning. Hvis der forekommer fejl og mangler i dine oplysninger, og du ønsker rettelse af disse, kan du kontakte Marsh.

Jeg accepterer hermed at Marsh må bruge alt elektronisk kommunikation, inkl. e-mail, når der afsendes og modtages personlige data relateret til min sag. Dette omhandler ikke helbredsoplysninger og informationer om arbejdsforhold mellem Marsh og andre personer og instanser nævnt i denne erklæring.

Bekræft venligst din accept ved din underskrift

Dato:

Dato:

Underskrift, den uarbejdsdygtige

Underskrift, forsikringstager

Personoplysninger

Vores behandling af personoplysninger sker med respekt for gældende lovgivning. Hvis du ønsker information om dine personoplysninger, eller du ønsker at rette disse oplysninger, skal du henvende dig til Marsh, på telefon 45 95 46 83 eller på e-mail: lederne@marsh.com

Samtykkeerklæring underskrives af den uarbejdsdygtige

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Marsh 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 og politi samt hos andre forsikringsselskaber, pensionskasser, arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Marsh har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Marsh.

Bekræft venligst din accept ved din underskrift.

Dato:	CPR-nr.:
-------	----------

Underskrift, den uarbejdsdygtige

Personoplysninger

Vores behandling af personoplysninger sker med respekt for gældende lovgivning. Hvis du ønsker information om dine personoplysninger, eller du ønsker at rette disse oplysninger, skal du henvende dig til Marsh, på telefon 45 95 46 83 eller på e-mail: lederne@marsh.com