

Skadeanmeldelse uarbejdsdygtighed (sygdom)

Vejledning

Anmeldelsen består af nedenstående 2 sider. Udfyld hele denne anmeldelse og send den hurtigst muligt til os.

Alle oplysninger der modtages fra dig, 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.

Når vi har modtaget den udfyldte blanket fra dig, kan vi fortsætte vores behandling af din sag, og efterfølgende er det muligt at vi vil bede om journaler eller lægeerklæring.

Du skal i øvrigt, for egen regning og i det omfang det er muligt, fremskaffe den dokumentation, der er nødvendig for bedømmelsen af dækning i henhold til forsikringen.

Hvis der er afgivet misvisende eller urigtige oplysninger i forbindelse med skadeanmeldelsen, kan Det Faglige Hus Forsikringsagentur A/S / Forsia Forsikring A/S kræve tilbagebetaling af erstatningen.

Har du spørgsmål til udfyldelse af denne skadeanmeldelse, er du velkommen til at kontakte lønsikringsafdelingen på tlf. 7340 4144 eller lonsikring@detfagligehusforsikring.dk

Personlige oplysninger

Navn:	Fødselsdato:
Adresse:	
Telefon:	E-mail:
Navn på din a-kasse:	

Andre forsikringer

Har du lønsikring i andre selskaber?	
Ja:	Nej: Hvis ja, oplys venligst:
Forsikringsselskab:	Dækning pr. måned:
Du bedes sende policen og afgørelsen til lonsikring@detfagligehusforsikring.dk	
Har du andre forsikringer, der dækker ved sygdom, f.eks. forsikring for tab af erhvervsevne?	
Ja:	Nej: Hvis ja, oplyst venligst:
Forsikringsselskab:	Dækning pr. måned:
Du bedes sende policen og afgørelsen til lonsikring@detfagligehusforsikring.dk	

Oplysninger om sygedagpenge

Har du ansøgt om og får du udbetalt sygedagpenge?

Ja: Nej:

Hvis ja bedes du sende afgørelsen til lonsikring@detfagligehusforsikring.dk

Oplysninger om årsag til sygefravær

Hvad er årsagen til sygefraværet? (hvis der er flere årsager, så angiv alle)

Hvis en ulykke er årsag til din sygefraværet, bedes du oplyse hvad der skete. Forklar og angiv dato og klokkeslæt:

Dato for første sygedag? Dato:

Er du fortsat sygemeldt? Ja Nej

Er du raskmeldt? Ja Nej Dato:

Hvornår forventer du raskmelding: Dato:

Uvist

Oplysninger om behandling

Hvilken dato søgte du første gang læge:

Hvor er du blevet behandlet eller henvist til? Sæt kryds og skriv navn.

Egen læge

Speciallæge i psykiatri

Speciallæge andet

Skadestue

Sygehus

Privathospital / klinik

Fysioterapeut / kiropraktor / Anden behandler

Psykolog / Psykoterapeut

Øvrige bemærkninger:

Tro og love-erklæring

Undertegnede, erklærer ved min underskrift:

- At jeg opfylder betingelser for at modtager sygedagpenge
- At jeg er berettiget til at modtage udbetaling fra denne arbejdsforsikring i henhold til de vilkår der gælder for den indgåede forsikringsaftale.

Undertegnede erklærer ved min underskrift endvidere:

- At de ovenfor afgivne oplysninger er korrekte

Sted og dato:

Underskrift: