

# ANMELDELSE AF MIDLERTIDIG UARBEJDSDYGTIGHED

## LÆS DENNE VEJLEDNING FØR DU UDFYLDER ANMELDELSEN

### Trin 1: Kontrollér policen og betingelserne:

Sammen med din forsikringspolice har du modtaget de vilkår og betingelser, som skal være opfyldt før forsikringen dækker. Du bedes kontrollere din police og gennemlæse betingelserne for forsikringen.

#### Låneforsikringen/tryghedsforsikringen dækker blandt andet ikke, hvis:

- Din uarbejdsdygtighed er indtrådt, opstået eller pådraget, indenfor de første 30 dage efter, at forsikringen er trådt i kraft.
- Du ved sygemelding ikke har arbejde som lønmodtager i gennemsnitligt 16 timer om ugen eller som selvstændigt erhvervsdrivende i minimum 30 timer om ugen.
- Du har kendskab til din sygdom eller personskaade indenfor 12 måneder før forsikringens ikrafttræden.
- Du har en psykisk eller nervøs sygdom inklusiv stress, som ikke er diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri.
- Du har ryg eller nakkelidelser eller skade på ryg eller nakke, med mindre der fra lægeligt hold kan påvises objektive fysiske årsager til lidelser eller skader.
- Du er tilkendt fleksjob eller er på førtidspension. (Kontakt os, hvis dette er tilfældet)

**Du finder alle undtagelser og vilkår for forsikringen i forsikringsbetingelserne.**

### Trin 2: Dokumentation:

- Din læge skal udfylde og indsende vedlagte sundhedsforsikringsattest FP710 samt spørgeskema om den sygdom/ulykke, du anmelder for.
- Hvis du ligger inde med lægejournaler om din anmeldte sygdom, bedes du venligst medsende disse.

### Trin 3: Hvordan skal anmeldelsen udfyldes:

- **Husk** du skal sikre dig, at alle felter er udfyldt – alle informationer er nødvendige for at sikre en hurtig sagsbehandling.
- **Husk** at underskrive og datére samtykkeerklæringen (FP002), som er vedlagt.
- **Husk** at underskrive og datére selve anmeldelsen – uden din underskrift kan vi ikke påbegynde sagsbehandlingen.

### Trin 4 : Hvordan kan du anmelde din midlertidige uarbejdsdygtighed:

Du har følgende muligheder for at anmelde din midlertidige uarbejdsdygtighed til os:

- Du kan anmelde online: [www.clp.partners.axa/dk/skade](http://www.clp.partners.axa/dk/skade)
- Du kan sende anmeldelsen til os på følgende adresse: **AXA Partners, Postbox 701, 2605 Brøndby.**
- Du kan scanne anmeldelsen og sende den på e-mail til: [kundeservice@partners.axa](mailto:kundeservice@partners.axa)

**Vi gør opmærksom på at din e-mail ikke vil være beskyttet, så vi anbefaler at du sender sensitiv information via post.**

### Trin 5: Hvad sker der under sagsbehandlingen?

Vi behandler din anmeldelse efter de gældende betingelser. Sagsbehandlingen starter, når vi har modtaget selve anmeldelsen. Her tildeler vi sagen et sagsnummer, som du bedes oplyse ved alle henvendelser til AXA.

Vi kan først træffe en afgørelse i sagen, når vi har modtaget alt den nødvendige dokumentation. (se trin 2)

- Hvis sagen anerkendes, sender vi dig et anerkendelsesbrev, hvor hele sagsforløbet beskrives.
- Vi kan først udbetale efter 30 hele dages sygemelding. Bemærk at din forsikring kan have en selvrisikoperiode. Du kan finde oplysninger om betalingsperioder og selvrisikoperioder i forsikringsbetingelserne.
- Hvis vi mangler dokumentation eller information, vil vi kontakte dig på e-mail eller pr. brev. Såfremt der er brug for information vedrørende sygdom, kan vi med dit samtykke tage kontakt til din læge. Det vil som regel forlænge sagsbehandlingstiden, hvorfor det er vigtigt, at du indsender alt dokumentation sammen med anmeldelsen.

**Hvis din forsikring er tilknyttet et lån/kredit, skal du betale de månedlige ydelser indtil vi har afgjort din sag**

# ANMELDELSE AF MIDLERTIDIG UARBEJDSDYGTIGHED

SKAL UDFYLDES AF DIG. UDFYLDES MED BLOKBOGSTAVER

## Dine oplysninger: (Lån eller kreditkort med forsikring gennem AXA Partners )

Lån-/Kreditgiver:	Låne nr:	Lån-/Kreditgiver:	Låne nr:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Personoplysninger:

Forsikredes navn:	Cpr-nummer:
_____	DDMMÅÅ - _____
Adresse:	Telefonnummer:
_____	_____
Postnr.:	By:
_____	_____
E-mail:	
_____	

## Oplysninger om uarbejdsdygtigheden:

Beskriv sygdommen/ulykken der har ført til uarbejdsdygtighed: (gerne med diagnose)	Har du tidligere søgt om udbetaling af forsikringsydelse:	Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
_____	Var du i arbejde da du blev uarbejdsdygtig:	Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
_____	Hvis nej, hvorfor? Angiv årsag:	_____
_____	Dato for sygemelding med denne sygdom/ulykke:	DDMMÅÅ
_____	Dato for første lægebesøg i forbindelse med denne uarbejdsdygtighed:	DDMMÅÅ
_____	Har du tidligere haft denne sygdom:	Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
_____	Hvis ja, angiv hvornår:	DDMMÅÅ
_____		
_____		

# ANMELDELSE AF MIDLERTIDIG UARBEJDSDYGTIGHED

SKAL UDFYLDES AF DIG. UDFYLDES MED BLOKBOGSTAVER:

## Oplysninger om uarbejdsdygtigheden:

Navn og adresse på andre læger der har behandlet dig indenfor de seneste 12 måneder:

Dato:

 DD  MM  ÅÅ

Navn:

Adresse:

Behandling:

Dato:

 DD  MM  ÅÅ

## Oplysninger om arbejdsforhold:

Selvstændig:

Lønmodtager:

Firmanavn:

Seneste jobtitel:

Adresse:

Ansættelsesdato:

 DD  MM  ÅÅ

Postnr.:

By:

Dato for sidste arbejdsdag før sygemelding:

 DD  MM  ÅÅ

Telefon:

Antal arbejdstimer pr. uge:

## Samtykke:

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 AXA Partners SAS (herefter kaldet Forsikringsselskabet) kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger. Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie, og brugt af Forsikringsselskabet og andre selskaber i koncernen og deres autoriserede samarbejdspartnere indenfor EU og EØS til at behandle anmeldelsen, samt at Forsikringsselskabet og deres autoriserede samarbejdspartnere kan bruge elektronisk kommunikation, såsom e-mail, mellem dem selv, til at sende mine personlige informationer gennem et sikkert netværk. Forsikringsselskabet er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning. Hvis der forekommer fejl og mangler i dine personoplysninger og du ønsker rettelse af disse skal du kontakte Forsikringsselskabet.

For yderligere information om behandlingen af personoplysninger henviser vi til vores website: [www.clp.partners.axa/dk/skade](http://www.clp.partners.axa/dk/skade)

Jeg bekræfter hermed på tro og love, at oplysninger givet på denne anmeldelse samt i medsendte dokumenter er korrekte samt at jeg har læst og accepteret erklæringen/samtykke.

Bekræft venligst din accept med din underskrift:

Underskrift:

Dato:

 DD  MM  ÅÅ

Jeg accepterer hermed at AXA 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 AXA og andre personer og instanser nævnt i denne erklæring.

# ANMELDELSE AF MIDLERTIDIG UARBEJDSDYGTIGHED

FP 002 Samtykke

## Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

### Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

AXA Partners SAS (herefter kaldet Forsikringsselskabet) kan med dette samtykke indhente relevante oplysninger fra følgende aktører, som jeg har været, er eller vil komme i kontakt med i nedenstående periode:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse samt laboratorier, ambulatorier og klinikker.
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Min nuværende og tidligere bopælskommune.
- Andre forsikringsselskaber og pensionskasser, hvor jeg har anmeldt et krav om udbetaling.
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst Forsikringsselskabet om i forbindelse med mit krav om udbetaling.
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.

De nævnte aktører kan med dette samtykke videregive de relevante oplysninger til Forsikringsselskabet.

### Hvem kan de indhentede oplysninger videregives til?

Forsikringsselskabet kan med dette samtykke videregive de indhentede oplysninger til følgende aktører, som hjælper Forsikringsselskabet med behandlingen af mit krav om udbetaling:

- Speciallæge, som skal udarbejde en speciallægeerklæring.
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.
- Forsikringsudstederen hvor du tegnede din forsikring.

### Hvilke oplysninger kan behandles?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet.
- Oplysninger om sociale og økonomiske forhold.
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikringssag.
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold.

### For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på ti (10) år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Forsikringsselskabet har taget stilling til mit krav om udbetaling.

Ved vurdering af, om en igangværende udbetaling skal fastholdes, regnes perioden fra vurderingstidspunktet.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Forsikringsselskabet med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

### Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et (1) år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget eller slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang Forsikringsselskabet indhenter oplysninger.

Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra og videregives til, med undtagelse af ovenstående aktører.

### Yderligere information om behandlingen af personoplysninger:

For yderligere information om behandlingen af personoplysninger henviser vi til vores website: [www.clp.partners.axa.dk/skade](http://www.clp.partners.axa.dk/skade)

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Forsikringsselskabet i forbindelse med mit krav om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af mit krav, og at Forsikringsselskabet i den forbindelse må videregive oplysninger til identifikation af mig og min forsikringssag til dem, som selskabet indhenter de relevante oplysninger fra. Selskabet præciserer over for den, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Samtykkegivers navn:

Underskrift:

Samtykkegivers Cpr-nummer:

D	D	M	M	A	A	<input type="text"/>
---	---	---	---	---	---	----------------------

Dato:

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---