



Vigtigt - læs dette inden du udfylder anmeldelsen

Side 1 af 2

- Husk følgende dokumentation skal vedlægges anmeldelsen;**
 - FP602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger
 - Kopi af læges mulighedserklæring
 - Kopi af ansættelseskontrakt
 - Kopi af opsigelse
 - Kopi af lønsedler for de sidste 3 måneder
- For hurtigere sagsbehandling, bedes du sørge for følgende;**
 - At sikre dig, at alle felterne er udfyldt i læsbar skrift - "Blokbogstaver"
 - At sikre dig, at alt dokumentation er vedlagt anmeldelsen og at underskrive samtykkeerklæringen "FP602"
- Anmeldelsen kan sendes på følgende måder;**
Postadresse: Marsh A/S · Att.: Affinity · Teknikerbyen 1 · DK-2830 Virum | E-mail: ma.lonsikring@mmc.com

Forsikrede - Udfyldes med blokbogstaver

Policenummer:		CPR-nr.:
Navn:		Telefon:
Adresse:		Mobil:
Postnr.:	By:	E-mail:

Oplysninger til brug for udbetaling

Pengeinstitut og afdeling:		
Telefon:	Reg.nr.:	Kontonr.:
Har du lønsikring i et andet forsikringselskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilket:		

Oplysninger om sygdommen/ulykken

Sygdommens/ulykkens navn:	
Beskriv sygdommens/ulykkens hændelsesforløb:	
Dato du bemærkede de første symptomer:	Dato for 100% sygemeldt:
Hvornår opsøgte du læge første gang for sygdommens/ulykken:	

Har du lidt af samme eller lignende sygdom tidligere? Ja Nej Hvis ja, dato for hvornår:

Var du i arbejde da sygdommens/ulykken opstod? Ja Nej

Oplysninger om navn og adresse på praktiserende læge

Praktiserende læges navn:		
Adresse:	Postnr.:	By:

Oplysninger om arbejdsgiver

Navn:	Telefon:	
Adresse:	Postnr.:	By:
Ansættelsesdato - Dag/Md/År:	Antal arbejdstimer pr. uge:	



Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Marsh & McLennan Agency (MMA), har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give MMA alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give MMA 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 MMA 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 fortlørlige 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 i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som MMA ønsker at få oplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at MMA må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mit 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, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

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

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

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger fra læger, sker det ved en aftalt erklæring som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/pensionskassen anmoder om det.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2008

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

Jeg bekræfter hermed på Tro og Love, at ovenstående oplysninger er korrekte, samt at jeg har læst og accepteret erklæringen/samtykke, og accepterer, at MMA kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har angivet urigtige oplysninger. Bekræft venligst din accept ved din underskrift.

CPR-nr.:	Underskrift:	
By:	Dato:	Navn (skriv tydeligt):

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 MMA, på telefon 45 95 46 79 eller på e-mail: ma.lonsikring@mmc.com