

Forsikrede

Navn:		Cpr. nr.:
Adresse:		Police nr.:
Postnr.:	By:	Stilling:
E-mailadresse:		Telefon nr.
Realkreditinstitut:		Mobil nr.:
Bank forbindelse:	Reg. nr.	Konto nr.

Vigtigt — læs dette inden du udfylder anmeldelsen

- Vi beder dig udfylde **hele** anmeldelsen, og indsende den til forsikringsadministrationen hos Marsh & McLennan Agency A/S, når du har været arbejdsløs i 30 sammenhængende dage.
- Det er en betingelse for erstatning, at du står til fuld rådighed for det almindelige danske arbejdsmarked og modtager arbejdsløshedsdagpenge.
- Den 1. månedlige ydelse kommer til udbetaling efter en sammenhængende periode på minimum 30 arbejdsløshedsdage.
- Du skal indsende en "Anmeldelse af fortsat ufrivillig arbejdsløshed" sammen med dokumentation for udbetaling af arbejdsløshedsdagpenge, hver gang du har været arbejdsløs i en sammenhængende periode på 30 eller 90 dage, afhængig af om du betaler din låneydelse måneds- eller kvartalsligt. Vi sender de fortsatte anmeldelser til dig, hvis vi dækker din arbejdsløshed.

Før vi kan behandle din anmeldelse er det nødvendigt at du husker at vedlægge:

1. kopi af dine lønsedler for de sidste 12 måneder
2. kopi af din opsigelse
3. kopi af dine dagpengeudbetalinger fra 1. ledighedsdag
4. kopi af årsopgørelse eller betalingsoversigt fra dit realkreditinstitut
5. kopi af dine lægepapirer (lægejournal, indlæggelse eller lign.) gælder enten hvis din opsigelse skyldes sygdom eller hvis der på grund af sygdom er gået mere end 14 dage fra sidste ansættelsesdag med løn og frem til meldte dig ledig på Jobcentret.

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte vores forsikringsadministration som er:

Marsh & McLennan Agency A/S
Teknikerbyen 1
2830 Virum
Telefon: 45 95 95 42
E-mail: realkreditforsikring@mmc.com

Oplysninger om arbejdsforholdet

Din seneste arbejdsgiver:		Telefon nr.:	
Adresse:		Post nr. og by	
Oplysninger om ansættelsesmåde: Fastansat: <input type="checkbox"/> Tidsbestemt ansættelse: <input type="checkbox"/> Vikar: <input type="checkbox"/> Andet: <input type="checkbox"/>			
Antal arbejdstimer pr. uge:		Branche:	
Ansættelsesdato:		Dag ___ mdr. ___ år ____	
Hvornår fik du første gang kendskab til arbejdsløsheden?		Dag ___ mdr. ___ år ____	
Hvilken dato modtog du din opsigelse?		Dag ___ mdr. ___ år ____	
Hvilken dag er din sidste ansættelsesdag? (sidste dag med løn)		Dag ___ mdr. ___ år ____	
Dato for første registreringsdag hos Jobcenter / A-kasse		Dag ___ mdr. ___ år ____	
Såfremt der er gået mere ned 14 dage fra sidste ansættelsesdag med løn til du tilmeldte dig Jobcentret, bedes du angive årsagen: (Hvis årsagen var sygdom skal du udfylde afsnittet - Såfremt din opsigelse skyldes sygdom, skal du udfylde følgende) _____ _____ _____ _____			
Blev du opsagt af arbejdsgiver?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sagde du selv op?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har du en ny ansættelse?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvis, ja anfør ny ansættelsesdato:		Dag ___ mdr. ___ år ____	

Oplysninger om alle andre ansættelsesforhold du har haft i de seneste 12 måneder før du blev arbejdsløs

Arbejdsgivers navn	Arbejdsgivers adresse	Startdato	Ophør	Timer pr. uge
Har du tidligere søgt om udbetaling af forsikringsydelse?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Såfremt din opsigelse skyldes sygdom, skal du udfylde følgende:

På hvilken måde er du forhindret i at arbejde? (Beskriv sygdommen / ulykken)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Er der stillet en diagnose? Hvis ja anfør venligst diagnosen:	<hr/>
Dato for ulykken eller sygdommens indtræden	Dag ___ mdr. ____ år ____
Dato for første lægebesøg i forbindelse med denne uarbejdsdygtighed	Dag ___ mdr. ____ år ____
Navn og adresse på den læge / hospital, som behandlede dig	<hr/> <hr/>
Navn og adresse på den læge / hospital, som behandlede dig:	
Er vedkommende den læge, som du normalt henvender dig til?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidligere været uarbejdsdygtighed af samme årsag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, bedes du venligst angive hvornår	Dag ___ mdr. ____ år ____

Samtykkeerklæring

Undertegnede - som er aktivt arbejdssøgende og står til fuld rådighed for arbejdsmarkedet - 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 & McLennan Agency A/S, kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger.

Jeg giver samtidig Marsh & McLennan Agency A/S fuldmagt til på mine vegne, at søge oplysninger hos min nuværende/tidligere arbejdsgivere, Jobcenter, kommune, A-kasse, revisor m.fl., der vil kunne bruges ved bedømmelsen af anmeldelsen.

Jeg er indforstået med, at jeg for egen regning skal fremskaffe de af Marsh & McLennan Agency 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 & McLennan Agency A/S og forsikringsselskabet AXA France IARD og AXA France Vie til at behandle anmeldelsen. Marsh & McLennan Agency A/S er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning.

Husk at vedlægge kopi af din(e):

- lønsedler for de sidste 12 måneder (sæt kryds)
- opsigelse (sæt kryds)
- dagpengeudbetalinger fra 1. ledighedsdag?
- dokumentation for låneydelse og restgæld fra realkreditinstitut (betalingsoversigt)
- lægepapirer (lægejournal, indlæggelse m.m. gælder enten hvis din opsigelse skyldes sygdom eller hvis der på grund af sygdom er gået mere end 14 dage fra sidste ansættelsesdag med løn og frem til meldte dig ledig på Jobcentret)

Dato:

Underskrift: