

ARBEJDSDYGTIGHEDSERKLÆRING

ved til-/framelding af medarbejdere i Codan Care-aftalen i

CODAN FORSIKRING A/S

Medarbejder

Navn		
Adresse		Beskæftigelse
CPR-nummer	Telefon	Ansættelsesdato: dag/måned/år

Arbejdsgiver

Navn		
Adresse		Police-nummer
Kontaktperson	Telefon	CVR-nummer

Tilmelding - Medarbejderen skal indtræde i Codan Care-aftalen fra: ____/____/____

Erklæringen skal **tidligst underskrives og indsendes 1 måned** før medarbejderen skal tilmeldes forsikringen. Vær opmærksom på en evt. aftalt anciennitetstid før tilmelding.

Sæt kryds her, hvis medarbejderen umiddelbart forud for ansættelsen har været dækket af en ordning, der svarer til denne Codan Care aftale, og skal derfor indtræde i Codan Care-aftalen straks ved ansættelsen.

Skal medtages hvis der er valgt "arbejdsdygtighedserklæring" (ellers slet).

Underskrivende arbejdsgiver erklærer på tro og love, at medarbejderen, så vidt os bekendt, er fuldt arbejdsdygtig ved indtrædelsen i Codan Care-aftalen. Ved fuldt arbejdsdygtig forstås, at medarbejderen på fuld tid er i stand til at udføre sit job på almindelige vilkår, dvs. på samme måde som andre i tilsvarende job. F.eks. betragtes en medarbejder ikke som fuldt arbejdsdygtig, hvis medarbejderen er omfattet af Lov om dagpenge ved sygdom §56 eller arbejder på nedsat tid på grund af sygdom.

Endvidere erklærer underskrivende arbejdsgiver på tro og love, at den forsikrede medarbejder ikke er sygemeldt eller ansat i skånejob eller flexjob. Jeg erklærer samtidig, at jeg har fået forevist: "Kriterier for at arbejdsgiveren kan underskrive en erklæring om medarbejderens arbejdsdygtighed".

Skal medtages hvis der er valgt "kort helbredserklæring" (ellers slet).

Da der i denne Codan Care aftale skal udfyldes en kort helbredserklæring af de medarbejdere, der skal omfattes af ordningen, skal medarbejderen udfylde vedlagte helbredserklæring og sende den til Codan.

Medarbejderen er **ikke** fuldt arbejdsdygtig. Der vedlægges udfyldt *lang Helbredserklæring (L)*

Framelding - Medarbejderen skal fratræde Codan Care-aftalen fra: ____/____/____

Sendes straks til Codan, af hensyn til medarbejderens mulighed for at tegne fortsættelsesforsikring. Medarbejderen skal selv kontakte Codan, såfremt fortsættelsesforsikring ønskes, og dette skal ske senest 3 måneder efter fratrædelsesdato.

Firmastempel og underskrift

Dato, den ____ / ____ - 200.....

Slet afsnit hvis der ikke er valgt mulighed for ægtefælle/samlever/børnedækning

HUSK – Ved tilmelding, at det er aftalt at medarbejderen kan tegne ægtefælle/samlever/børnedækning. Ønsker medarbejderen dette, skal blanketten: "Tilmelding til ægtefælle/samlever/børnedækning" udfyldes.

Sendes til: Codan Forsikring A/S, Care Adm., Gl. Kongevej 60, 1790 København V – evt. fax 33 55 21 76

Kriterier for at arbejdsgiveren kan underskrive en erklæring om medarbejderens arbejdsdygtighed

Oplysning om medarbejderens arbejdsdygtighed

Ved indmeldelse af medarbejderen skal virksomheden underskrive en tro og love-erklæring om, at den pågældende medarbejder, så vidt det er virksomheden bekendt, er fuldt arbejdsdygtig på ikrafttrædelsesdatoen, det vil sige den dato, hvor medarbejderen skal indtræde i Codan Care aftalen.

Det forudsætter, at medarbejderen er i stand til på fuld tid at udføre sin stilling på almindelige vilkår, dvs. på samme måde som andre i tilsvarende stillinger.

Indmeldelsen sker på grundlag af virksomhedens oplysninger til Codan.

Hvis medarbejderen er uarbejdsdygtig

Er en medarbejder - uanset årsagen, bortset fra kortvarige forkølellestilfælde - sygemeldt på ikrafttrædelsestidspunktet, det vil sige på den dato, hvor medarbejderen skal indtræde i Codan Care aftalen, kan erklæringen IKKE underskrives.

Hvis I ikke kan bekræfte, at medarbejderen er fuldt arbejdsdygtig, eller hvis medarbejderen er ansat i skåne-/flexjob eller er omfattet af lignende aftaler (eksempelvis Lov om dagpenge ved sygdom § 56), skal I oplyse os om årsagen. Medarbejderen skal samtidig udfylde og indsende en helbredserklæring.

Vi tager i hvert enkelt tilfælde stilling til, om medarbejderen kan indtræde i Codan Care aftalen.

Konsekvenser af forkerte oplysninger

Indmeldelsen sker som nævnt på grundlag af virksomhedens oplysninger til Codan. Afgiver virksomheden forkerte oplysninger, for eksempel på arbejdsdygtighedserklæringen, vil virksomheden evt. kunne pålægges et erstatningsansvar overfor Codan for de forsikringsydelse, som Codan evt. skal udrede til den pågældende medarbejder.