

## Arbejdsgivererklæring ved aftaleændring

Den udfyldte blanket fremsendes til Euro Accident via kontaktformularen på Euro Accidents hjemmeside [www.euroaccident.dk](http://www.euroaccident.dk), under Kontaktinformationer.

Virksomhedens navn	CVR. Nr.
Ikrafttrædelsesdato	

I forbindelse med aftaleændring har Euro Accident brug for en arbejdsgivererklæring. Medarbejdere der fremgår af erklæringen bevarer bestående dækninger i Euro Accident.

I skal som arbejdsgiver oplyse os om medarbejdere, der har nedsat arbejdskapacitet af én af nedenstående årsager eller som er på orlov uden pensionsindbetaling. I skal gøre det i overensstemmelse med den viden, I har om medarbejderne den dag erklæringen underskrives. Hver medarbejder skal oplyses højst én gang, men med alle relevante årsager.

- Sygemeldt eller delvist sygemeldt
- Ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager
- Ansat i fleksjob
- Ansat for hvem enten I eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsevne
- Ansat, som er på orlov (uden pensionsindbetaling)

I skal være opmærksomme på, at det kan få økonomiske konsekvenser både for medarbejderne og for jer som arbejdsgiver, hvis arbejdsgivererklæringen ikke udfyldes korrekt. I kan pådrage jer erstatningsansvar for tab, som følge af fejl i udfyldelsen. Kontakt Euro Accident, hvis I har spørgsmål.

Arbejdsgivererklæringen underskrives normalt før den nye firmaforsikringsaftale træder i kraft. Euro Accident vil kontakte jer, hvis I skal afgive en ny erklæring enten på eller efter ikrafttrædelsesdatoen.

### Information vedrørende sygemeldte ansatte og ansatte på orlov

For hver medarbejder anføres navn, cpr.nr., mail og telefonnummer.		Sygemeldt på fuld tid (angiv første sygedag)	Deltidssygemeldt (angiv første sygedag)	Hvis delvist sygemeldt – hvad er den aftalte arbejdstid om ugen? (angiv antal timer)	Ansæt på nedsat tid af helbredsmæssige årsager (sæt X)	Hvis ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager – hvad er den aftalte arbejdstid om ugen? (angiv antal timer)	Ansæt i fleksjob (sæt X)	Ansæt for hvem enten I eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsevne (sæt X)	Ansæt, der er på orlov (uden pensionsindbetaling) (sæt X)
Navn	Cpr.nr.								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information vedrørende sygemeldte ansatte fortsat og ansatte på orlov

For hver medarbejder anføres navn, cpr.nr., mail og telefonnummer.		Sygemeldt på fuld tid (angiv første sygedag)	Deltidssygemeldt (angiv første sygedag)	Hvis delvist sygemeldt – hvad er den aftalte arbejdstid om ugen? (angiv antal timer)	Ansæt på nedsat tid af helbredsmæssige årsager (sæt X)	Hvis ansæt på nedsat tid af helbredsmæssige årsager – hvad er den aftalte arbejdstid om ugen? (angiv antal timer)	Ansæt i fleksjob (sæt X)	Ansæt for hvem enten I eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsene (sæt X)	Ansæt, der er på orlov (uden pensionsindbetaling) (sæt X)
Navn	Cpr.nr.								
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denne arbejdsgivererklæring underskrives ud fra virksomhedens viden om medarbejderne dags dato.

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift på vegne af Virksomheden \_\_\_\_\_

Jeg bekræfter med min underskrift at have bemyndigelse fra den her nævnte virksomhed, at jeg har læst og forstået ovenstående og at alle oplysninger som jeg har anført i denne begæring og evt. tilhørende bilag, er korrekte.