

Arbejdsgivererklæring ved leverandørskift

Den udfyldte blanket fremsendes til Euro Accident via kontaktformularen på Euro Accidents hjemmeside www.euroaccident.dk, under Kontaktinformationer.

Virksomhedens navn	CVR. Nr.
Ikrafttrædelsesdato	Tidligere leverandør

I forbindelse med leverandørskifte har Euro Accident brug for en arbejdsgivererklæring. Arbejdsgivererklæringen skal være med til at sikre, at der bliver taget hånd om medarbejdere, der på leverandørskiftetidspunktet har nedsat arbejdskapacitet i forhold til:

1. at bevare forsikringsdækningerne hos tidligere leverandør eller
2. at overgå til Euro Accident.

I skal som arbejdsgiver oplyse os om medarbejdere, der har nedsat arbejdskapacitet af én af nedenstående årsager. 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 som den tidligere pensionsleverandør behandler en ansøgning om udbetaling ved tab af erhvervsevne for
- Ansat for hvem enten I eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsevne

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

For hver medarbejder anføres navn, cpr.nr., mail og telefonnummer.		Dato	Dato	Antal timer/uge	Antal timer/uge	Antal timer/uge	Antal timer/uge	Antal timer/uge	Antal timer/uge
Dato for første sygedag skal angives for de medarbejdere, der er sygemeldt/delvist sygemeldt.									
Arbejdstid skal angives i timer pr. uge for delvist sygemeldte og ansatte på nedsat tid af helbredsmæssige årsager.		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 som den tidligere pensionsleverandør behandler en ansøgning om udbetaling ved tab af erhvervsevne for (sæt X)	Ansæt for hvem enten I eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsevne (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"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								

Information vedrørende sygemeldte ansatte fortsat

For hver medarbejder anføres navn, cpr.nr., mail og telefonnummer. Dato for første sygedag skal angives for de medarbejdere, der er sygemeldt/delvist sygemeldt. Arbejdstid skal angives i timer pr. uge for delvist sygemeldte og ansatte på nedsat tid af helbredsmæssige årsager. Hvis en medarbejder er omfattet af flere punkter, skal de alle anføres.		Sygemeldt på fuld tid (angiv første sygedag)	Delvist sygemeldt (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 som den tidligere pensionsleverandør behandler en ansøgning om udbetaling ved tab af erhvervsevne for (sæt X)	Ansæt for hvem enten i eller den ansatte selv modtager udbetaling ved tab af erhvervsevne (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"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								
Navn	Cpr.nr.	Dato	Dato	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	Antal timer/uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	Telefon								

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.