Indberetning af erhvervssygdom

Personoplysninger

Dags dato*	
Kreds*	
CPR-nummer*	
Fulde navn*	
Adresse*	
Postnr. og by*	
Telefon*	
E-mail*	
Arbejdsplads navn*	
Arbejdsplads adresse*	
Arbejdsplads postnr./by*	
Arbejdsplads kommune*	
Stilling*	
Tjenestemandsansat*	Ja ◯ Nej ◯
Ugentlig arbejdstid*	

NÆSTE SIDE

Indberetning af erhvervssygdom, fortsat

Oplysninger om erhvervssygdommen

Beskriv den arbejdsmæssige påvirkning, du mener, er årsag til erhvervssygdommen (fx udadreagerende adfærd ved psykiske erhvervssygdomme) og perioden, det er foregået * . . . . . .

Er erhvervssygdommen anmeldt (hvis ja, vedlæg anmeldelsen)? * . . . . . Ja ◯ Nej ◯

Er der frister i sagen (fx besvarelse af spørgeskema, partshøring el. klage)?* . . Ja ◯ Nej ◯

Hvis ja, hvilken frist drejer det sig om?

Spørgeskema ☐ Partshøring ☐ Klage ☐ Andet ☐

Frist dato . . . . . .

NÆSTE SIDE

Indberetning af erhvervssygdom, fortsat

Erhvervssygdommens følger

Er der stillet en diagnose? * . . . . . Ja ◯ Nej ◯

Hvis ja, hvilken? . . . . . .

Hvilke gener har du? * . . . . . .

Har du været sygemeldt som følge af erhvervssygdommen? * . . . . . Ja ◯ Nej ◯

Hvis ja, hvilke perioder har du været sygemeldt som følge af erhvervssygdommen? . . . . . .

Har du mistet indtjening som følge af erhvervssygdommen? * . . . . . Ja ◯ Nej ◯

Øvrige oplysninger om erhvervssygdommen

Mener du, at nogen kan gøres ansvarlig for erhvervssygdommen? * . . . . . Ja ◯ Nej ◯

Hvis ja, hvem og hvorfor? . . . . . .

NÆSTE SIDE

Fuldmagt vedr. arbejdsskadesag

Fuldmagt i forhold til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES)

(Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings kode 21 med anke- og genoptagelsesfuldmagt. FF 65)

Jeg giver min faglige organisation, Danmarks Lærerforening, fuldmagt til at

- indgå i dialog med arbejdsgiver samt få udleveret relevante akter fra arbejdsgiver
- få sagen oversendt fra forsikringsselskabet til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES)
- få adgang til alle akter i alle sager i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) via Se Sag systemet
- få kopi af partshøringsbrev (ekskl. kopi af akter i forbindelse med partshøring)
- få aktindsigt i øvrigt på begæring
- anke og anmode om genoptagelse
- anmode om sagens udsættelse
- anmode om kapitalisering af erhvervsevnetabserstatning.

Fuldmagt i forhold til Ankestyrelsen

Ubegrænset fuldmagt til Danmarks Lærerforening i Ankestyrelsen

Danmarks Lærerforening er partsrepræsentant i Ankestyrelsen og handler på mine vegne. Ankestyrelsen kommunikerer kun med Danmarks Lærerforening. Alle Ankestyrelsens henvendelser sendes alene til Danmarks Lærerforening. Jeg er indforstået med, at jeg ikke selv modtager kopi fra Ankestyrelsen.

Fuldmagt i forhold til arbejdsgiver og arbejdsgivers forsikringsselskab

Jeg giver min faglige organisation Danmarks Lærerforening fuldmagt til at

- modtage og afgive oplysninger til sagen, herunder helbredsoplysninger
- begære sagen oversendt til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES).

Personoplysninger

Fulde navn . . . . . .

Adresse. . . . . .

By og postnr. . . . . .

Telefon . . . . . .

CPR-nummer. . . . . .

Dato: _____

Underskrift: _____

NÆSTE SIDE

Fuldmagt vedr. behandling af oplysninger i forbindelse med arbejdsskadesag

Ved at underskrive denne erklæring giver jeg samtykke til, at min faglige organisation, Danmarks Lærerforening, kan indsamle, behandle og videregive mine personoplysninger, samt foretage nedstående dispositioner på mine vegne i forbindelse med min arbejdsskadesag.

Formål

Formålet med Danmarks Lærerforenings indhentelse, behandling og videregivelse af personoplysninger er, at de er nødvendige for sagsbehandlingen af din arbejdsskadesag.

Kategorier af personoplysninger

I forbindelse med sagens behandling giver jeg udtrykkeligt samtykke til, at Danmarks Lærerforening, på mine vegne, kan indhente og videregive følgende kategorier af personoplysninger:

Almindelige personoplysninger i form af:

- Kontaktoplysninger, såsom navn, adresse, telefonnummer, e-mail og CPR-nr.
- Kommunale oplysninger, der beskriver social sagsbehandling i forbindelse med min sygdom, økonomiske oplysninger (helbredsoplysninger, løn, pension, ferieoplysninger og lign.).
- Ansættelsesretlige oplysninger (ansættelse, uddannelse, ferieoplysninger, afskedigelse, sygeperioder).

Følsomme personoplysninger i form af helbredsoplysninger i form af

- Lægelige oplysninger (journaler, erklæringer, speciallægeerklæringer, behandlingsoplysninger og lign.).
- Oplysninger om arbejdsforhold (aftaler om særlige arbejdsforhold eller hensyn m.v.).
- Oplysninger om andre arbejdsskadesager, der måtte være/blive registreret i mit navn ud over den aktuelle skade.

Ved behov, oplysninger om strafbare forhold

- Strafferetlige oplysninger eller politianmeldte forhold i det omfang, det måtte være er relevant for behandlingen af min aktuelle arbejdsskadesag.

Udveksling af oplysninger

Jeg er bekendt med, at oplysningerne kan videregives, når det er relevant for behandlingen af arbejdsskadesagen, til følgende:

- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES)
- Ankestyrelsen
- Erstatningsnævnet for voldsofre
- Forsikringsselskaber
- Arbejdsgiver
- Eventuelle ansvarlige skadevoldere, advokater, domstole, sagkyndige
- Danmarks Lærerforenings afskedigelsesteam og forhandlingsteam
- Den lokale kreds.

NÆSTE SIDE

Tidsrummet for opbevaring af personoplysningerne

Oplysningerne om dig opbevares af Danmarks Lærerforening i 10 år efter rådgivningen er afsluttet.

Retten til at trække samtykket tilbage

Dette samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Tilbagetrækning af samtykke berører ikke lovligheden af den databehandling, der er baseret på samtykke inden tilbagetrækningen. Hvis du tilbagetrækker dit samtykke, kan Danmarks Lærerforening ikke længere hjælpe dig med behandlingen af din arbejdsskadesag.

Øvrige informationer

Vi behandler altid personoplysninger om medlemmer i overensstemmelse med lovgivningen og vores persondatapolitik, som du finder her: https://www.dlf.org/service-menu/persondata

I vores persondatapolitik finder du vigtige informationer om, hvordan vi behandler dine personoplysninger, og hvilke rettigheder du har.

Accept og underskrift

Jeg bekræfter med min underskrift på denne erklæring, at Danmarks Lærerforening gives fuldmagt med henblik på behandling af min arbejdsskadesag. Jeg er indforstået med, at Danmarks Lærerforening indhenter og behandler de nævnte personoplysninger om mig til ovennævnte formål, samt at personoplysningerne kan videregives til de nævnte modtagere.

Personoplysninger

Fulde navn . . . . . .

Adresse. . . . . .

By og postnr. . . . . .

Telefon . . . . . .

CPR-nummer. . . . . .

Dato: _____

Underskrift: _____

NULSTIL **UDSKRIV**