

BLANKET TIL ANSØGNING OM UDBETALING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME
Gruppelivsftale nr. 97003 - administreres af Forenede Gruppeliv

FULDE NAVN: _____ CPR-NR.: _____
 STILLING: _____ E-MAIL: _____
 ADRESSE: _____ TLF.NR.: _____
 POSTNR./BY: _____

Hvis jeg er berettiget til forsikringssummen, bedes beløbet indsat på min konto i

BANK.: _____ REG.NR.: _____ KONTONR.: _____

Hvis beløbet skal overføres til en udenlandsk bank, skal du oplyse:

SWIFT/BIC KODE: _____ BANKKODE*: _____

KONTONR./IBAN NUMMER: _____

* Sorting, Fedwire, Bankleitzahl, Routing no.

DATO: _____ UNDERSKRIFT: _____

1. Hvad er sygdommens navn? _____

2. Hvornår blev du syg? Dato: _____ År: _____ Evt. diagnosedato: _____

3. Hvor blev du undersøgt/
behandlet første gang? Sygehus: _____ Speciallæge: _____

Dato: _____ År: _____

4. Anfør hospital/sygehus og afdelinger
du i øvrigt har været behandlet på _____

5. Du har været indlagt Hvornår? _____

Hvor længe? _____

6. Har du tidligere haft en kritisk sygdom? NEJ JA

Hvis JA. Hvilken? _____

Hvornår? _____

7. Hvem er din praktiserende læge? Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

FP 602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra FG, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit selskab/pensionskasse alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give FG alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at FG har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Din læge m.fl. kan videregive oplysninger

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som FG ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang FG indhenter oplysninger

Hver gang FG indhenter konkrete oplysninger får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, FG ønsker at hente oplysningerne.

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at FG må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune og Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen, Videncenter for Helbred og Forsikring samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor FG har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til FG.

NAVN: _____ CPR-NR.: _____

DATO: _____ UNDERSKRIFT: _____

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger fra læger, sker det ved en affalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/pensionskassen anmoder om det.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2008

**ANMELDERS ERKLÆRING –
UDFYLDES AF DIP**

Det skal hermed bekræftes, at

NAVN: _____ CPR-NR.: _____

Er omfattet af vor gruppelevsaftale nr.: _____ Ansat/omfattet fra den: _____

Evt. fratrædelsesdato: _____ Fratrædt pga.sygdom Ja Nej

DATO: _____ STEMPEL MED TLF.NR.: _____ UNDESKRIFT: _____

UNDESKRIFT: _____

Hele materialet indsendes til

DIP
Gammel Kongevej 11
1610 København V