

Blanket til ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme



Jeg ansøger om udbetaling ved visse kritiske sygdomme:		
Navn		
Cpr.nr.		Tlf. nr.
Adresse		

Jeg har fået konstateret følgende kritiske sygdom, sæt venligst kryds:			
A. Kræft	<input type="checkbox"/>	I. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) eller lignende progressive ikke-arvelige motorneuron-sygdomme (MND) – med vedvarende og fremadskridende symptomer	<input type="checkbox"/>
B. Større blodprop i hjertet – spontant myokardieinfarkt relateret til lukket koronar arterie	<input type="checkbox"/>	L. AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome)	<input type="checkbox"/>
C. Kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af by-pass operation (CABG) eller PCI behandling på to eller flere kar	<input type="checkbox"/>	M. Kronisk nyresvigt – med behov for varig dialyse eller transplantation	<input type="checkbox"/>
D. Hjertekirurgisk behandling af hjerteklapperne som følge af hjerteklapfejl	<input type="checkbox"/>	N. Større organtransplantation	<input type="checkbox"/>
E. Hjerneblødning eller større blodprop i hjernen (apopleksi) med påvist hjernebeskadigelse og blivende udfald i den neurologiske funktion	<input type="checkbox"/>	R. Svær aortasygdom (hovedpulsåren) med total tillukning, bristning eller større lokal udvidelse med indikation for operation	<input type="checkbox"/>
F. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation) — med behov for kirurgisk indgreb	<input type="checkbox"/>	S. Implantation af hjertestarter (ICD-enhed) på grund af livstruende rytmeforstyrrelser	<input type="checkbox"/>
G. Visse godartede og mindre aggressive tumorer i hjerne eller rygmarv	<input type="checkbox"/>	T. Svære neurologiske følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse, neuroborreliose og Tick-Borne-Encephalitis	<input type="checkbox"/>
H. Multipel (dissemineret) sklerose (MS)	<input type="checkbox"/>	U. Kronisk venstresidig eller højresidig hjertesvigt – med svære symptomer og betydeligt nedsat funktionsevne	<input type="checkbox"/>

Sygdommen er diagnosticeret den (dato):

Jeg oplyser følgende om sygdommen:

Oplysningerne kan fx være hvilket hospital/sygehus og afdelinger, du har været behandlet på samt hvornår og hvor længe, du har været indlagt

Der er planlagt operation, hvis ja, hvilken:

Har du tidligere haft en af de nævnte kritiske sygdomme? Sæt kryds: Nej Ja

Hvis ja, hvilken og hvornår:

På hvilket sygehus/hospital/afdeling er diagnosen stillet?

Jeg vedlægger kopi af journaloplysninger eller anden relevant dokumentation.

Sæt kryds: Nej Ja

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

Pengeinstitut:

Reg.nr.: kt.nr.:

FP 602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Lægernes Pension har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give Lægernes Pension alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Lægernes Pension alle oplysninger, som kan have betydning for vurderingen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Udbetaling fra forsikringen

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

Din læge og andre kan videregive oplysninger

Din læge og andre 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 forsikringselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig i henhold til anden lovgivning.

Lægernes Pensions behandling af oplysningerne i sagen

Vi behandler oplysningerne i overensstemmelse med persondatalovens regler. Du får at vide, hvilke oplysninger vi behandler, og du kan gøre indsigelser mod, at oplysningerne indgår i behandlingen af din sag. Hvis indsigelserne er berettigede, må behandlingen ikke længere omfatte de pågældende oplysninger.

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Lægernes Pension i forbindelse med min ansøgning om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning. Lægernes Pension indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om jeg har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. Lægernes Pension må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. Lægernes Pension præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Lægernes Pension kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger.
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst Lægernes Pension om i forbindelse med mit krav om udbetaling.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til Lægernes Pension.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Lægernes Pension kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min ansøgning om udbetaling:

- Videncenter for Helbred og Forsikring

Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Lægernes Pension har taget stilling til min ansøgning om udbetaling. Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Lægernes Pension med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

Tilbagetrækning af samtykke

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Lægernes Pensions mulighed for at behandle min ansøgning om udbetaling.

Dato:	Underskrift:
CPR-nummer:	