

Ansøgning

om udbetaling ved Kritisk Sygdom

skandia

Blanketten sendes til:

Skandia Dokumenthåndtering, R 201,
Postbox 202,
2000 Frederiksberg
Telefon +45 70 12 47 47

Agentnummer: Udfyldes af Skandia	Mægler: Udfyldes af Skandia
----------------------------------	-----------------------------

1. Kundeoplysninger

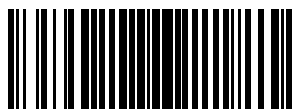
Navn:	CPR-nummer: (ddmmåå-xxxx)	Police nummer:
Adresse	Postnummer	Telefonnummer:
Arbejdsgiver:		

2. Information

- Alle spørgsmål skal besvares. Hvis der ikke er plads, så vedlæg venligst et bilag.
- Sætter du kryds ved JA, så uddyb venligst i svarrubrikken til højre.

3. Spørgsmål

1	Hvad er sygdommens navn/diagnose:	
2	Hvornår havde du første gang symptomer på sygdommen, og hvilke symptomer havde du?	Dato: Symptomer?:
3	Hvornår henvendte du dig første gang til en læge i forbindelse med sygdommen, og hvem henvendte du dig til?	Dato: Navn/hospital:
4	Hvor er du blevet undersøgt/behandlet i forbindelse med sygdommen?	Navn: Afdeling: Adresse:



DK 70002

DK 70063:1 Sida 1 (3)

A Member of the  OLD MUTUAL Group

5 Har du søgt om eller fået udbetaling andre steder fra for denne sygdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis JA, hvor fra?
6 Har du tidligere været syg af, eller fået behandling for: a. En lignende sygdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja b. Andre sygdomme? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis JA: Hvilken? Hvilken? (Bagsiden kan evt. benyttes)
7 Hvem er din sædvanlige læge?	Navn: Adresse:
8 Reg.nr. _____ Kontonr.: _____	Pengeinstituttets navn og adresse:

4. Underskrift

Underskriftdato: ddmmåååå - -	Underskrift forsikrede
--	------------------------

Skandiakoncernen i Danmark består af flere selskaber og filialer: CVR: 88 02 55 12 Skandia Livsforsikring A/S, CVR: 20 95 22 37 Skandia Link Livsforsikring A/S, CVR: 29 63 78 73 Skandia Livsforsikring A A/S, CVR: 24 20 32 39 Skandia Forsikring, filial af Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ), Sverige, CVR: 27 19 23 19 Skandia A/S (foretager samlet administration for Skandia Liv, Skandia Link, Skandia Liv A og Skandia Forsikring).

Samtykke

Forsikringsbegivenhed

FP 602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Skandia, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit selskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Skandia 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 Skandia 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 forsikringselskaber 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 Skandia ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang Skandia indhenter oplysninger

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

Samtykke

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

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

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor Skandia 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 Skandia.

CPR-nr.

Forsikringsnr.

_____ 20
Dato

Underskrift

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