

## Vejledning ved ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme

### Inden du søger om udbetaling

Inden du begynder at udfylde ansøgningen, vil det være en fordel for dig, hvis du har følgende oplysninger klar:

- Hvilket hospital og afdeling, dit/jeres barn har været indlagt/behandlet på
- Måned og årstal for hvornår barnet blev sygt
- Om barnet tidligere har haft en kritisk sygdom, og i givet fald hvornår
- Navn og adresse på barnets praktiserende læge
- Datoen, hvor du blev ansat/omfattet af gruppelivsaftalen
- Kopi af din lønseddel, hvis du er ansat ved stat, region eller kommune
- Kopi af barnets fødsels- eller døbsattest
- Evt. kopi af barnets journal, som du kan medsende – dette kan gøre sagsbehandlingen hurtigere

**For at FG kan behandle ansøgningen, har vi brug for oplysninger. Det er derfor vigtigt, at ansøgningskemaet er korrekt udfyldt, som beskrevet nedenfor.**

### Ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme

Du skal udfylde ansøgningskemaets punkt 1-8. Det er vigtigt, at du udfylder alle punkterne.

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via din ansættelse, beder vi dig vedlægge en kopi af din seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår. Hvis dit barns diagnose ikke er stillet inden for perioden i den seneste lønseddel, bedes du også vedlægge kopi af lønseddel for den måned, hvor barnet fik stillet diagnosen. Vi bruger lønsedlen som dokumentation for, at du er omfattet af forsikringen.

### Samtykkeerklæring

Du skal underskrive samtykkeerklæringen på side 4 til indhentning og videregivelse af oplysninger.

### Hvorfor skal du give samtykke?

For at behandle din anmodning om udbetaling fra forsikringen, skal FG have oplysninger om barnets sygdom. Typisk vil der være behov for oplysninger om barnets sygdom og eventuel behandling fra sygehus eller læge.

Hvis du har fuld forældremyndighed, er det kun dig der skal underskrive. Hvis du har delt forældremyndighed, skal begge forældremyndighedsindehavere underskrive samtykkeerklæringen.

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen gennem en **pensionskasse, forening eller forbund**, beder vi dig også underskrive samtykkeerklæringen på side 2. Samtykkeerklæringen er nødvendig for at vi kan indhente supplerende oplysninger. Det kan være oplysning om, hvornår du blev omfattet eller evt. udmeldt af gruppelivsforsikringen.

### Tilbagekaldelse af samtykke og konsekvenserne deraf

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage til FGs indhentning og behandling af dine og barnets oplysninger samt til indhentning og videregivelse til Videncenter for Helbred & Forsikring til forsikringsmedicinsk vurdering.

Hvis du trækker dit samtykke tilbage, så FG ikke kan indhente og behandle dine oplysninger eller indhente oplysninger fra- eller videregive oplysningerne til behandling i Videncenter for Helbred & Forsikring, kan det have betydning for FGs mulighed for at behandle din ansøgning.

Hvis du trækker samtykket tilbage, påvirker det ikke lovligheden af behandlingen eller videregivelse forud for tilbagekaldelsen.

### Hvad sker der med mine helbredsoplysninger?

Dine helbredsoplysninger bliver behandlet fortroligt og opbevares under sikre forhold.

Så længe du har forsikringen beholder FG dit barns helbredsoplysninger. Når din forsikring ophører slettes helbredsoplysninger efter reglerne om databeskyttelse.

### Få mere information om behandling af dine oplysninger mv.

Hvis du vil vide mere om behandlingen af dine og dit barns oplysninger og om dine rettigheder som registreret, kan du læse mere i FGs persondatapolitik på [www.fg.dk](http://www.fg.dk).

### FG bruger e-Boks

Du kan give dit samtykke til, at FG sender breve til din e-Boks. Hvis du giver dit samtykke til, at FG kan sende post til din e-Boks, sender vi kun post, som vedrører din forsikring i FG. Du kan til enhver tid fravælge, at vi sender post til din e-Boks.

Breve sendt til din e-Boks vil du også kunne se på [www.fg.dk](http://www.fg.dk) under Mit Gruppeliv.

Du kan læse mere om e-Boks på [www.fg.dk](http://www.fg.dk).

### Bankbilag

Hvis du er berettiget til udbetaling af forsikringssummen indsættes beløbet på din **NemKonto**. Hvis du ikke ønsker forsikringssummen indsat på din NemKonto, skal du oplyse den konto du ønsker benyttet.

Du skal returnere bankbilaget sammen med ansøgningskemaet.

### Kreditorbeskyttelse af udbetaling ved kritisk sygdom

Hvis du er berettiget til udbetaling, vil udbetalingen som udgangspunkt ikke være beskyttet mod de kreditorer, som du eventuelt har. En sådan beskyttelse kan muligvis opnås ved indsættelse på en bankkonto, der er oprettet til formålet, og som holdes adskilt fra din øvrige økonomi. Din NemKonto er ikke kreditorbeskyttet.

### Forsikringsformidling

FG er forsikringsformidler og formidler forsikringer på vegne af FGs Ejerselskaber. FG er registreret som forsikringsformidler og modtager vedlagerlag for formidlingen af FGs ejerselskaber. Du kan se, hvem der er FGs ejerselskaber, og du kan læse mere om forsikringsformidling på [www.fg.dk](http://www.fg.dk), bl.a. om i hvilket omfang FG yder rådgivning samt information om klagemuligheder.

Når du har udfyldt alle punkterne, indsendes skemaet til FG. Efter modtagelsen skriver vi til de relevante sygehuse for at få tilsendt din journal. Hvis du selv har en kopi af journalen, så send den gerne med. Det kan gøre sagsbehandlingen hurtigere.

Kopi af barnets **fødsels- eller dåbsattest** skal medsendes.

## Ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme til børn

Skemaet bedes venligst udfyldt med blokbogstaver

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Forsikringstagers</b><br>Navn: _____<br>Adresse: _____<br>CPR-nr.: _____ Telefonnummer: _____<br>E-mail adresse: _____                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Barnets</b><br>Navn: _____<br>Adresse: _____<br>CPR-nr.: _____<br>Barnet er mit biologiske barn/adoptivbarn <input type="checkbox"/><br>Barnet er min samlevers/ægtefælles biologiske barn/adoptivbarn <input type="checkbox"/><br>Hvis du søger om udbetaling for din samlevers/ægtefælles barn, beder vi dig oplyse din samlevers/ægtefælles CPR-nr.: _____ |
| <b>1. Hvad er sygdommens navn?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>2. Hvornår blev barnet syg?<br/>(dato og år eller evt. diagnosedato)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>3. Hvor og hvornår blev barnet undersøgt/behandlet første gang?<br/>(sygehus/speciallæge samt dato og årstal)</b>                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>4. Anfør hospital/sygehus og afdelinger barnet har været behandlet på</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>5. Hvornår og hvor længe har barnet været indlagt?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>6. Har barnet tidligere haft en kritisk sygdom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA<br/>Hvis ja: Hvilken? Hvornår?</b>                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>7. Barnets praktiserende læges navn, adresse og tlf.nr.:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

8. Før vi kan behandle din ansøgning er det vigtigt, at du udfylder nedenstående:

**Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via din ansættelse, beder vi dig oplyse:**

Navnet på din arbejdsgiver: \_\_\_\_\_

Datoen hvor du blev ansat/omfattet af gruppelivsftalen: \_\_\_\_\_

Evt. fratrædelsesdato: \_\_\_\_\_ Er du fratrædt pga. sygdom? JA  NEJ

**Vi beder dig vedlægge kopi af seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår, samt lønseddel for den måned, hvor barnet fik stillet diagnosen.**

**Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via en pensionskasse, forening eller forbund, beder vi dig oplyse:**

Navnet på denne: \_\_\_\_\_

Evt. udmeldelsesdato: \_\_\_\_\_ Er du udmeldt pga. sygdom? JA  NEJ

**SAMTYKKE**

Jeg giver samtykke til, at FG må indhente og videregive relevante oplysninger til pensionskassen, foreningen eller forbundet. Det kan være oplysninger om:

- Hvornår jeg blev omfattet eller evt. udmeldt af gruppelivsforsikringen

**Tilbagekaldelse af samtykke og konsekvenserne deraf**

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage til FGs indhentning og videregivelse af dine oplysninger.

Hvis du trækker samtykket tilbage, så FG ikke kan indhente og videregive dine oplysninger, kan det have betydning for FGs mulighed for at behandle din ansøgning.

Hvis du trækker dit samtykke tilbage, påvirker det ikke lovligheden af behandlingen eller videregivelse forud for tilbagekaldelsen.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

**Samtykke til e-Boks**

**SAMTYKKE**

Jeg giver samtykke til, at FG må sende post til min e-Boks JA  NEJ

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Hvis du ikke giver FG samtykke til, at sende post til din e-Boks, vil du modtage posten som alm. post. Du kan til enhver tid fravælge, at FG sender post til din e-Boks. Læs mere om e-Boks på FGs hjemmeside [www.fg.dk](http://www.fg.dk)

## Bankbilag

### NemKonto

Hvis barnet opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringssummen, indsættes beløbet på din **NemKonto**.

Jeg samtykker i, at forsikringssummen indsættes på min NemKonto

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Underskrift:** \_\_\_\_\_

Hvis du ikke ønsker forsikringssummen indsat på din NemKonto, beder vi dig oplyse den konto, du ønsker benyttet, se nedenfor.

### Kontooplysninger på konto, som ikke er din NemKonto

Hvis forsikringssummen skal indsættes på en dansk konto:

Reg. nr.: \_\_\_\_\_ Konto nr.: \_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Underskrift:** \_\_\_\_\_

Hvis forsikringssummen skal overføres til en udenlandsk konto:

SWIFT/BIC kode: \_\_\_\_\_ Bankkode\*: \_\_\_\_\_

Konto nr./IBAN nr.: \_\_\_\_\_

\*Sorting, Fedwire, Bankleitzahl, Routing no.

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Underskrift:** \_\_\_\_\_

Barnets navn: \_\_\_\_\_ Barnets CPR-nr.: \_\_\_\_\_

### **FP 015 Samtykke: Når mit/vores barn er blevet syg**

Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Jeg/vi giver med min/vores underskrift samtykke til, at Forenede Gruppeliv (FG) i forbindelse med min/vores ansøgning om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af ansøgningen.

FG indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om mit/vores barn har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. FG må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mit/vores barn og relevante oplysninger om forsikrings sagen og mit/vores barns helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. FG præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

#### **Hvem kan der indhentes oplysninger fra?**

FG kan med dette samtykke i ét år fra datoen for min/vores underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Mit/vores barns nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger.

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

#### **Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?**

FG kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af ansøgningen om udbetaling:

- Videncenter for Helbred & Forsikring
- Speciallæge, som skal udfylde en attest eller udarbejde en speciallægeerklæring

#### **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 FG har taget stilling til mit/vores ansøgning om udbetaling.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan FG med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

#### **Tilbagetrækning af samtykke**

Jeg/vi kan til enhver tid trække mit/vores samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for FGs mulighed for at behandle ansøgningen om udbetaling.

**Barnets underskrift, hvis barnet er fyldt 15 år:** \_\_\_\_\_

Sæt kryds ved fælles forældremyndighed

#### **Forældremyndighedsindehaver 1**

Dato: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

#### **Forældremyndighedsindehaver 2**

Dato: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Sæt kryds hvis du har fuld forældremyndighed

Dato: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Sæt kryds hvis du ikke er forældremyndighedsindehaver

Dato: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Hvis du ikke har fuld forældremyndighed eller hvis du har fælles forældremyndighed over barnet, oplys venligst kontaktoplysninger på den anden forældremyndighedsindehaver med henblik på indhentning af samtykke

Navn: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_ Post nr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_