

Vejledning ved ansøgning om udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme

Før ansøgningen kan behandles, er der nogle praktiske forhold, der skal gøres opmærksom på.

1. Ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme

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

2. Din erklæring

I "Din erklæring" skal du oplyse nummer på gruppelivsaftalen, samt hvornår du blev ansat/omfattet af gruppelivsaftalen.

Hvis du ikke kender nummeret på gruppelivsaftalen, kan du evt. finde det på Pensionsinfo, "Mit Gruppeliv" via FGs hjemmeside www.fg.dk, eller hvis du har fået udleveret en forsikringsoversigt.

Hvis du ikke kan finde information om nummeret på gruppelivsaftalen, kan du kontakte:

- Din arbejdsgiver/personalekontoret hvis du er forsikret gennem dit ansættelsesforhold
- Sekretariatet hvis du er forsikret gennem en pensionskasse, forbund eller en forening
- Hvis du er forsikret gennem pengeinstitut eller forsikringsselskab, skal du henvende dig der, hvor du har købt forsikringen

Hvis du er i tvivl, er du velkommen til at kontakte FG på tlf. nr. 39 16 78 00 eller på mail skade@fg.dk

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via din ansættelse, beder vi dig vedlægge en kopi af din seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår. Hvis din diagnose ikke er stillet inden for perioden i den seneste lønseddel, bedes du også vedlægge kopi af lønseddel for den måned, hvor du fik stillet diagnosen.

3. Bankbilag

Hvis du er berettiget til udbetaling af forsikringssummen indsættes beløbet på din **NemKonto**. Hvis du ikke ønsker forsikringssummen indsat på din NemKonto, har du mulighed for at oplyse et konto nr.

4. Samtykkeerklæring

Du skal underskrive samtykkeerklæringen på side 3 til indhentning og videregivelse af oplysninger.

Hvorfor skal du give samtykke?

For at kunne bedømme din anmodning om udbetaling fra forsikringen, skal FG have oplysninger om din sygdom. Typisk vil der være behov for oplysninger om din sygdom og eventuel behandling.

FG kan i mange tilfælde ikke nøjes med oplysninger, der fremgår af anmodningen om udbetaling fra forsikringen. Oplysninger, som ligger lidt tilbage i tiden, kan være svære at huske. FG har derfor behov for at sådanne oplysninger kan indhentes fra sygehuse, speciallæger og andre sundhedspersoner, som kender til forholdene og har dokumentation for oplysninger fra journaler, sagsakter mv.

Oplysningerne i sagen behandles i overensstemmelse med Persondatalovens regler.

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. Du samtykker samtidig i, at vi må videregive oplysninger om sagens udfald. Det kan være for at pensionskassen, foreningen eller forbundet kan rådgive dig eller evt. regulere i præmien efter en udbetaling af forsikringssummen.

5. Når du har udfyldt alle punkterne, indsendes skemaet til FG. Straks 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.

Ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme

Skemaet bedes venligst udfyldt med blokbogstaver:

Fulde navn:	
Adresse:	
Postnr.:	By:
Telefon nr.:	CPR-nr.:
Stilling:	E-mail:
1. Hvad er sygdommens navn?	
2. Hvornår blev du syg? (dato og år eller evt. diagnosedato)	
3. Hvor blev du undersøgt / behandlet første gang? (sygehus / speciallæge - dato og år)	
4. Anfør hospital/sygehus og afdelinger du i øvrigt har været behandlet på:	
5. Hvornår og hvor længe har du været indlagt?	
6. Har du tidligere haft en kritisk sygdom ☐ NEJ ☐ JA Hvis ja: Hvilken? _____ Hvornår? _____ Hvor indlagt/behandlet? _____	
7. Din praktiserende læges navn, adresse og tlf.nr.:	

Skemaet skal returneres til:
Forenede Gruppeliv, Postboks 442, Krumtappen 4, 2500 Valby
Telefon 39 16 78 00 Fax 39 16 78 01 [E-mail fg@fg.dk](mailto:fg@fg.dk)

DIN ERKLÆRING

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

Gruppelivsaftale nr.: _____

Datoen hvor du blev ansat/omfattet af gruppelivsaftalen: _____

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

Navnet på din arbejdsgiver: _____

Evt. fratrædelsesdato: _____ Er du fratrådt pga. sygdom? JA ☐ NEJ ☐

Vi beder dig vedlægge kopi af seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår, samt lønseddel for den måned, hvor du fik stillet din diagnose.

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, herunder om årsagen til udmeldelsen, med henblik på tilbud om præmiefritagelse eller fortsættelsesforsikring.

- Sagens udfald.

Dato _____ Underskrift _____

BANKBILAG

9. Hvis du er berettiget til forsikringssummen indsættes beløbet på din NemKonto.

Hvis du ikke ønsker forsikringssummen indsat på din NemKonto, bedes du venligst oplyse den konto du ønsker benyttet:

Pengeinstituttets navn: _____

Adresse: _____

Reg. nr.: _____ Konto nr.: _____

Hvis forsikringssummen skal overføres til en udenlandsk bank, beder vi dig oplyse:

SWIFT/BIC kode: _____

Bankkode* _____ Konto nr./IBAN _____

* Sorting, Fedwire, Bankleitzahl, Routing no.

Visse kritiske sygdomme

Jeg giver hermed samtykke til, at

- FG må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som FG finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- De, som FG indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som FG har anmodet om

Hvem kan der indhentes oplysninger fra / videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber, pensionskasser og Videncenter for Helbred & Forsikring
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for FG i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling
- Min arbejdsgiver (kun udveksling af oplysninger)

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikringssag
- Fra min arbejdsgiver: arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor FG har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berettiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang FG indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilke periode samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Dato: _____ Underskrift: _____