# FP 003 Samtykke: Når jeg er blevet syg

# Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at [selskabets navn] i forbindelse med min ansøgning om udbetaling må *indhente, anvende og videregive* de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning.

[Selskabets navn] indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om jeg har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. [Selskabets navn] må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikringssag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. [Selskabets navn] præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

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

[Selskabets navn] 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.
* Andre (angiv navn og øvrige relevante kontaktoplysninger).

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til [selskabets navn].

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

[Selskabets navn] kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min ansøgning om udbetaling:

* Speciallæge, som skal udfylde en attest eller udarbejde en speciallægeerklæring.
* Andre (angiv navn og øvrige relevante kontaktoplysninger).

***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 [angiv] år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor [selskabets navn] har taget stilling til min ansøgning om udbetaling.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan [selskabets navn] 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 [selskabets navn]s mulighed for at behandle min ansøgning om udbetaling.

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