# FP 004 Samtykke: Når jeg er kommet til skade eller er blevet syg

# Tab af erhvervsevne forsikring

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 mit erhvervsevnetab 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 samt klinikker, centre og laboratorier.
* Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
* Min nuværende og tidligere bopælskommune.
* Andre forsikringsselskaber og pensionskasser, hvor jeg har søgt om udbetaling.
* Andre (angiv navn og øvrige relevante kontaktoplysninger).
* *Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.*

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.
* *Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.*
* 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.
* Kommunale oplysninger om sygedagpenge, arbejdsprøvning, ressourceforløb, afgørelse om fleksjob og førtidspension eller andre sociale ydelser.
* Fra andre forsikringsselskaber og pensionskasser, hvor jeg har søgt om udbetaling: Helbredsoplysninger, kommunale oplysninger, oprettelsesdato, dækningens størrelse pr. oprettelsesdato og dækningens størrelse pr. skadedato.
* *Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikringssag.*
* *Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold.*

***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.

Ved vurdering af, om en igangværende udbetaling skal fastholdes, regnes perioden fra vurderingstidspunktet.

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.: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_