

Forsikrede

Dit fulde navn	Cpr.nr.	
Adresse	Postnr.	By
Stilling	Telefon nr.	
Arbejdsgiver	Mailadresse	

1 a. Hvilken sygdom/ulykkestilfælde er skyld i tabet af erhvervsevnen? a.

b. Hvornår mærkede du første gang symptomer på sygdommen/ulykkestilfældet? b.

c. Hvornår søgte du første gang læge på grund af sygdommen/ulykkestilfældet? c.

d. På hvilken måde indvirker sygdommen/ulykkestilfældet på din erhvervsevne? d.

e. Hvilke beskadigelser har ulykkestilfældet forvoldt? e.

f. Får du medicin i forbindelse med din sygdom? f. Hvilken medicin?

Hvor meget?

2 a. Er du for tiden under lægebehandling? Nej Ja a. Navn og adresse på den læge, der behandler dig:

b. Hvilke andre læger har behandlet dig?

b. Navn og adresse:

3 a. Har du på grund af sygdommen/ulykkestilfældet været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende, herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?

Nej Ja

Navn og adresse på behandleren

Fra den _____ til den _____

4 a. Er du for tiden i stand til at udføre noget arbejde?

Nej Ja

Hvis ja, hvilket

b. Fra hvilken dato har du været uafbrudt sygemeldt?

Dato _____

c. Arbejder du/har du arbejdet på deltid?

Nej Ja

I hvilke perioder?

Fra den _____ til den _____

Hvor mange timer?

d. Er du raskmeldt?

Nej Ja

Hvis ja, pr. hvilken dato?

5 a. Hvornår forventer du at begynde at arbejde helt eller delvist?

Dato _____

b. Hvilke funktionsbegrænsninger vurderer du, at du har i forhold til arbejdsmarkedet, og hvilke arbejdsopgaver kan du ikke løse?

6 a. Er du selvstændig?

Nej Ja

Hvis ja, Navn og adresse på firma/firmaer

b. Har du en arbejdsgiver? Nej Ja Hvis ja, Navn og adresse på firma/firmaer

7 a. Hvad bestod dit arbejde i inden erhvervsevnen blev nedsat?

b. Hvor stor var din årlige indtægt, før du blev syg incl. arbejdsmarkedsbidrag?

Årlig indtægt:

c. Hvor stort var din egen del af pensionsbidraget?

Mit eget pensionsbidrag:

8 a. Er der sket ændringer i omfanget af dine fritidsaktiviteter/interesser på grund af sygdom/ulykke?

Nej Ja

Hvis ja, hvilke ændringer er der sket

9 a. Er du opsagt fra dit job?

Nej Ja

Hvis ja pr. hvilken dato? _____

Hvis du er opsagt, til hvilken dato dækker den sidste lønudbetaling? _____

Er eller var du forud eller bagudlønnet?

Bagudlønnet

Forudlønnet

10 a. Får du eller din arbejdsgiver sygedagpenge?

Nej Ja

– det får jeg

Ja

– det får min arbejdsgiver

11 Hvilke indtægter har du i øjeblikket, og hvilke fremtidige indtægter kender du:

a. Får du løn under sygdom?

Nej Ja

Hvis ja, Månedligt beløb: _____

incl. arbejdsmarkedsbidrag og excl. evt. fleksløns-tilskud

b. Har du lønindtægt fra andet arbejde?

Nej Ja

Hvis ja, Månedligt beløb: _____

- c. Udbetaling fra andre forsikringer ved nedsat erhvervsevne? Nej Ja Hvis ja, hvilke selskab: _____
 Engangsudbetaling: _____
 Månedlig udbetaling: _____
 Tilkendt fra: _____ til: _____
- d. Udbetaling fra arbejdsskadeforsikring? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
 Tilkendt fra: _____ til: _____
- e. Overskud fra selvstændig virksomhed? Nej Ja Sidste års overskud: _____
 Regnskabs år: _____
- f. Ressourceforløbsydelse/Jobafklaringsydelse? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
 Tilkendt fra: _____ til: _____

- 12 a. Har du søgt fleksjob? Nej Ja
- b. Er du tilkendt fleksjob? Nej Ja Hvis ja, Hvor mange timer om ugen: _____
 Pr. hvilken dato: _____
 Den månedlige løn i fleksjobbet er: _____
 Det månedlige flekslønstilskud er: _____
- c. Har du søgt offentlig førtidspension? Nej Ja Hvis ja, pr. hvilken dato: _____
- d. Er du tilkendt offentlig førtidspension?
 (Vedlæg kopi af kendelsen) Nej Ja
- e. Er sagen anket? Nej Ja Hvis ja, pr. hvilken dato: _____

- 13 Hvilke ydelser modtager du fra det offentlige, og hvilke fremtidige ydelser er du godkendt til:
- a. Kontanthjælp? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
 og fra hvornår _____
- b. Ledighedsydelse? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
 og fra hvornår _____
- c. Efterløn/Fleksydelse? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
 og fra hvornår _____
- d. Revalideringsydelse? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
 og fra hvornår _____
- e. Sygedagpenge? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
 og fra hvornår _____

f. Førtidspension? Nej Ja Hvis ja, Månedligt beløb: _____
og fra hvornår _____

g. Andre udbetalinger fra det offentlige, der sker på baggrund af din helbredsmæssige situation? Nej Ja Hvis ja, hvilke? _____
Månedligt beløb: _____
og fra hvornår _____

14 Kommune

Kommunenavn

Adresse

Sagsbehandler

15 Egen læge

Navn

Adresse

16 Er du forsikret mod sygdom eller ulykkestilfælde i et andet selskab? Nej Ja Hvis ja, hvilket: _____

17 Skatteoplysninger:
Invalidepension er personlig indkomst.
Hvilke skatteoplysninger skal vi bruge ved udbetaling?

Hovedkort

Bikort

Udbetaling til NemKonto
Vi udbetaler til din NemKonto, medmindre vi hører andet fra dig. Får du udbetalinger fra os i forvejen, vil vi også udbetale disse til din NemKonto. Du er naturligvis velkommen til at anvise et andet konto nr., hvis ikke du vil anvende din NemKonto til dine udbetalinger fra Velliv.

Du skal være opmærksom på, at udbetalinger til NemKonto ikke er beskyttet mod krav fra eventuelle kreditorer. Beløbet kan formentlig beskyttes, hvis du indsætter det på en særskilt konto.

OBS! Hvis SKAT ikke har registreret noget skattekort på dig, skal vi i henhold til lov om kildeskat tilbageholde 55 procent i skat.

18 Særlige bemærkninger eller kommentarer?

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Velliv, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit selskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Velliv 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 Velliv har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Erklæring og underskrift

Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringsdækningen kan nedsættes eller forsikringen kan ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted.

Dato

Forsikredes underskrift

Cpr. nr.

Dato

Evt. værges underskrift

Dit fulde navn

CPR-nr.

Sagsnr.

Tab af erhvervsevne forsikring

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

Velliv indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om mit erhvervsevnetab er omfattet af forsikringen. Velliv må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. Velliv præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Velliv 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 forsikrings selskaber og pensionskasser, hvor jeg har søgt om udbetaling.
- 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 Velliv.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Velliv 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.

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.
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikrings sag.
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold.

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 Velliv 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 Velliv 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 Vellivs mulighed for at behandle min ansøgning om udbetaling

CPR-nr.

Dato

Underskrift

Velliv
Lautrupvang 10, 2750 Ballerup Danmark
Tlf. 70 33 99 99
kontakt@velliv.dk www.velliv.dk