

Blanketten udfyldes, underskrives og sendes til denne adresse:

Velliv  
Lautrupvang 10  
2750 Ballerup  
Att. Skadeafdelingen, D41

### Forsikrede

---

Dit fulde navn

---

Cpr. nr.

Telefon nr.

---

Adresse

Postnr.

By

---

Email

---

1 Hvad er sygdommens navn?

.....

2 Hvornår var de første symptomer på sygdommen?

.....

3 På hvilket hospital, klinik eller hos hvilken læge er der foretaget undersøgelse og/eller behandling?

- 4 Har der tidligere været lignende sygdomme? Nej Ja Hvis ja, hvilke?

- 
- 5 Hvem er din sædvanlige læge Anfør navn og adresse

---

**6 Udbetaling fra forsikringen**

Du har ifølge Forsikringsaftaleloven 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 sagen og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen.

**7 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 anwise 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.

## 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

**Velliv**

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

## FP 003 Samtykke: Når jeg er blevet syg

### Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Samtykkegivers navn:

Samtykkegivers CPR-nr:

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 jeg har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. Velliv 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. 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, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger.

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.

#### 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 Velliv har taget stilling til min ansøgning om udbetaling.

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.

#### Patientforening

Jeg giver samtykke til, at Velliv kan videregive mit navn og min adresse til den relevante patientforening i forhold til min diagnose, hvis Velliv har indgået en aftale med om betaling af et års medlemskab for mig.

Jeg bliver herefter meldt ind i den relevante patientforening. Jeg er indforstået med, at den relevante patientforening efterfølgende kontakter mig om medlemskabet og til den tid en eventuel fortsættelse heraf. Velliv videregiver kun oplysningerne, hvis jeg modtager en udbetaling fra forsikringen.

Du kan læse mere om medlemskabet i foreningerne på [www.velliv.dk/patientforeninger](http://www.velliv.dk/patientforeninger). Du er ikke forpligtet til at fortsætte medlemskabet efter udløbet af det første år. Ønsker du at opsiges medlemskabet inden året er gået, skal du kontakte foreningen direkte. Du kan altid tilbagekalde dit samtykke ved at kontakte Velliv.

Velliv har indgået aftale med følgende patientforeninger:

- Kræftens Bekæmpelse
- Hjerteforeningen
- Hjernesagen
- Scleroseforeningen
- Parkinsonforeningen
- AIDS-Fondet

Jeg ønsker medlemskab af den relevante patientforening

Jeg ønsker **ikke** medlemskab af den relevante patientforening

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Cpr. nr.

\_\_\_\_\_

Underskrift