

Blanketten udfyldes, underskrives og sendes til denne adresse:

Velliv
Lautrupvej 10
2750 Ballerup
Att. Skadeafdelingen D41

Forsikringstager

Dit fulde navn

Cpr. nr.

Telefon nr.

Adresse

Postnr.

By

Email

Barnets navn

Barnets cpr. nr.

Barnets adresse

Sæt kryds:

Barnet er mit biologiske barn/adoptivbarn stedbarn min samlevers/ægtefælles biologiske barn/adoptivbarn/
stedbarn

Hvis du søger om udbetaling for din samlever/ægtefælles barn, beder vi dig oplyse din samlever/ægtefælles navn og cpr.nr.:

Nb: Barnets fødsels- eller dåbsattest skal vedlægges denne ansøgning i kopi.

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?**

Velliv

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

Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, CVR-nr 24260577

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

Nej Ja

5 Hvem er barnets sædvanlige læge Anfør navn og adresse

6 Udbetaling til NemKonto

Hvis barnet opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringssummen, indsætter vi beløbet på din NemKonto.

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.

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 fortælse har fundet sted.

_____ Dato _____ Forsikringstagers underskrift _____ Cpr. nr.

_____ Dato _____ Forældremyndighedsindehavers underskrift (1) _____ Cpr. nr.

_____ Dato _____ Forældremyndighedsindehavers underskrift (2) _____ Cpr. nr.

Hvis barnet er over 18 år kræves tillige barnets underskrift.

_____ Dato _____ Barnets underskrift _____ Cpr. nr.

FP 015 Samtykke: Når mit/vores barn er blevet syg Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Barnet

Fulde navn

Cpr. nr.

Adresse

Postnr.

By

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

Velliv indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om dit / jeres barn har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. Velliv må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mit/vores barn (fx CPR-nr.) og relevante oplysninger om forsikrings-sagen og mit/vores barns 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/vores underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Mit/vores barns 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/vores 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 ansøgningen 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/vores 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/vi kan til enhver tid trække mit/vores samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Vellivs mulighed for at behandle ansøgningen om udbetaling.

Patientforening

Jeg giver samtykke til, at Velliv kan videregive mit navn og min adresse til den relevante patientforening i forhold til mit barns diagnose, når 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. Du er ikke forpligtet til at fortsætte medlemskabet efter udløbet af det første år. Ønsker du at opsige 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.

Samtykke til indhentning af oplysninger i forbindelse med ansøgning om udbetaling af visse kritiske sygdomme / Barn

Underskrift

Ved fælles forældremyndighed skal begge forældre underskrive samtykke, medmindre der er vedlagt en fuldmagt, som giver den underskrivende forældremyndighedsindehaver tilladelse til at give samtykke på begge vegne.

Ved fuld forældremyndighed skal kun indehaveren af forældremyndigheden underskrive.

Sæt kryds ved fælles forældremyndighed

Sæt kryds ved fuld forældremyndighed

Dato

Forældremyndighedsindehavers underskrift (1)

Cpr. nr.

Dato

Forældremyndighedsindehavers underskrift (2)

Cpr. nr.

Hvis barnet er over 18 år kræves tillige barnets underskrift

Dato

Barnets underskrift

Cpr. nr.