

Din helbredserklæring

Navn CPR-nr. -

Stilling
 Beskrivelse

Bijob
 Beskrivelse

Du skal selv udfylde erklæringen og besvare alle spørgsmål omhyggeligt. Du må ikke fortie noget – heller ikke selv om du tror, det er uden betydning for AP Pension. Du skal ikke oplyse om undersøgelser, der kan belyse dit arveanlæg og deraf følgende risiko for fremtidige sygdomme.

Du skal vide, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves. Er du i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene, kan du kontakte din læge inden skemaet udfyldes. (Lægens eventuelle honorar i forbindelse hermed betales ikke af AP Pension).

1	Har du inden for de sidste 3 år været i kontakt med læge, speciallæge, sygehus/hospital/privatklinik, ambulatorium, psykolog, psykiater, psykoterapeut, kiropraktor, fysioterapeut eller andre behandlere, herunder alternativ behandler?	Nej Ja	Hvis Ja: Årsag? Hos hvem? navn og adresse Hvornår? måned/år Er der følger/gener? Nej Ja, hvilke?
2	Er du henvist til eller optaget på venteliste til undersøgelse, behandling eller indlæggelse?	Nej Ja	Hvis Ja: Årsag? Hvor? Evt. planlagt dato
3	a. Har du inden for de sidste 3 år været sygemeldt i længere tid end 1 måned? b. Har du de sidste 3 år fået udbetaling fra en forsikring på grund af tab af erhvervsevne/invaliditet?	Nej Ja	Hvis Ja: Årsag? Hvornår? måned/år Hvor længe? Er der følger/gener? Nej Ja, hvilke? Hvis Ja:
4	Har du indenfor de sidste 3 år brugt receptpligtig medicin?	Nej Ja	Hvis Ja: Årsag? Hvornår? måned/år Er der følger/gener? Nej Ja, hvilke?

CPR-nr. -

HERK A

H7 - Din helbredserklæring / 15.06.16

ID-kode

5	a. Hvad er din højde og vægt?	Nej Ja	a. Højde cm Vægt kg
	b. Har du nedsat hørelse?		Hvis ja: Årsag
	c. Har du nedsat syn?		Hvis ja: Årsag Styrke: Højre +/- Venstre +/-:
6	a. Er du fuldt arbejdsdygtig? (hvis du svarer ja, er du ikke helt eller delvist sygemeldt).	Nej Ja	Hvis Nej: Hvorfor? a.
	b. Er du eller har du været indstillet/ visiteret til, bevilliget eller har du bedt om en vurdering af muligheden for førtidspension, invaliditetsydelse, flexjob, revalidering, ressource- eller jobafklaringsforløb, arbejdsprøvning el.lign.?	Nej Ja	Hvis Ja: Hvorfor? b.
	c. Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager eller er der indgået en særlig aftale med din arbejdsgiver vedr. dagpenge- forpligtelsen (fx en §56 aftale)		c.
7	Hvem er din læge?		Navn: Adresse: Postnr.: By:

Hvis du har yderligere bemærkninger, kan du skrive dem her på blanketten. Husk at angive hvilket punkt bemærkningerne vedrører.

Har du brug for yderligere plads, kan du anvende et ekstra ark. Husk at datere og underskrive arket.

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

Vil du signere med NemID? Ja Nej

den /

_____ Forsikringssøgendes underskrift

Husk at underskrive samtykkeerklæringen på næste side!

CPR-nr.

_____ - _____

HERK A

H7 - Din helbredserklæring / 15.06.16

ID-kode

FP 601 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Navn

CPR-nr.

-

Derfor skal du give samtykke

Når du vil tegne en forsikring i AP Pension eller foretage ændringer i din forsikringsaftale, påtager vi os en økonomisk risiko. Derfor har AP Pension behov for oplysninger, som kan være af betydning for at vurdere denne risiko, så vi kan fastsætte prisen og vilkårene for forsikringen.

Konsekvens af urigtige oplysninger

Afgiver du urigtige eller mangelfulde oplysninger, kan det medføre, at dækningen helt eller delvis falder bort den dag, du har brug for den. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Din læge m.fl. kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig i henhold til anden lovgivning.

AP Pensions behandling af oplysningerne i sagen

Vi behandler oplysningerne i overensstemmelse med persondatalovens regler. Du får at vide, hvilke oplysninger vi behandler, og du kan gøre indsigelser mod, at oplysningerne indgår i behandlingen af din sag. Hvis indsigelserne er berettigede, må behandlingen ikke længere omfatte de pågældende oplysninger.

Jeg giver hermed samtykke til, at

- AP Pension må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som AP Pension finder nødvendige for at kunne vurdere min aktuelle sag om tegning/ændring af forsikring
- de, som AP Pension indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som AP Pension har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber, pensionskasser og Videncenter for Helbred & Forsikring.

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor AP Pension har taget stilling til min sag. Samtykket omfatter ikke oplysninger om genetiske test, der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked, hver gang AP Pension indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Dato:

Underskrift _____

Samtykkeerklæringen er aftalt mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

CPR-nr.

HERK A

H7 - Din helbredserklæring / 15.06.16

ID-kode