

Din ansøgning

Tab af erhvervsevne Bidragsfritagelse Invalidesum

Personlige oplysninger

Navn CPR-nr. -

Stilling

E-mail

Kommune Dit Tlf.nr.

Oplysninger om eventuelle børn under 21 år

Navn CPR-nr. -

Navn CPR-nr. -

1. Sygdom og behandling

A Hvad fejler du?

B Bruger du medicin? Hvis ja, hvilken slags medicin?
 Nej Ja

C Modtager du nogen form for behandling? Hvis ja, hvilken behandling og hvor?
 Nej Ja

D Hvornår mærkede du første gang symptomer på lidelsen?

E Modtog du nogen behandling? Hvis ja, hvilken behandling og hvor?
 Nej Ja

F Har du tidligere haft samme gener? Hvis ja, hvornår?
 Nej Ja

G Blev du behandlet for generne dengang? Hvis ja, hvor?
 Nej Ja

H Har andre sygdomme eller gener haft indflydelse på din nuværende helbredstilstand? Hvis ja, hvornår?
 Nej Ja

CPR-nr. - CVR-nr. AINY A

I Har du tidligere været indstillet til eller ansat i fleks- eller skånejob?

Nej Ja

Hvis ja, hvornår?

J Har du været under omskoling, revalidering, jobafklaring eller arbejdsprøvning?

Nej Ja

Hvis ja, hvornår?

K Har du været ansat på særlige vilkår, herunder nedsat tid af helbredsmæssige årsager, eller omfattet af § 56 i lov om sygedagpenge?

Nej Ja

Hvis ja, hvornår?

L Din praktiserende læges navn, adresse og telefonnummer

2. Offentlige ydelser

A Har du søgt, eller modtager du en ydelse?

Nej Ja

Hvis ja, hvilken?

- Sygedagpenge udbetalt til dig selv
- Sygedagpenge udbetalt til din arbejdsgiver
- Nedsatte sygedagpenge til dig selv
- Nedsatte sygedagpenge til din arbejdsgiver
- Special aftale om sygedagpenge (§ 56 aftale)
- Revalideringsydelse
- Kontanthjælp
- Arbejdsløshedsdagpenge
- Ledighedsydelse
- Førtidspension
- Invaliditetsydelse
- Ressourceforløbsydelse
- Efterløn
- Fleksjob
- Andet

Hvis du har fleksjob; angiv antal timer om ugen

B Hvis ja, hvornår har du søgt ydelsen?

C Hvis ja, fra hvilken dato er ydelsen tilkendt?

Hvis du har fået en kendelse eller bevilling fra din kommune, beder vi dig vedlægge en kopi af den

3. Personlig indkomst

A Oplys din månedlige indtægt i kr. ved personligt arbejde, før du blev sygemeldt

B Modtager du fuld løn under sygdom?

Nej Ja

Hvis nej, hvornår er din løn ophørt?

C Modtager du delvis løn under sygdom? – kr.

Nej Ja

Hvis ja, oplys lønindtægt

D Er du selvstændig erhvervsdrivende?

Nej Ja

Hvis ja, angiv navn, adresse og CVR.nr.

E Har du en dækning ved tab af erhvervsevne i et andet selskab?

Nej Ja

Hvis ja, hvilket selskab? Hvor stor er den årlige dækning?

F Har du meldt erhvervsevnetabet til andre forsikringselskaber?

Nej Ja

Hvis ja, hvilke?

4. Sygemelding

A Hvornår var din første sygedag? Angiv dato

B Er du sygemeldt nu?

Nej Ja

Hvis nej, skriv dato for raskmelding

C Har du været sygemeldt i flere perioder?

Nej Ja

Hvis ja, skriv perioderne herunder

D Er du for tiden i stand til at udføre arbejde?

Nej Ja

Hvis ja, oplys antal timer om ugen samt fra hvornår

E Hvornår regner du selv med, at din helbredstilstand er forbedret så meget, at du kan genoptage dit arbejde helt eller delvist? Angiv dato

Helt

Delvist

Ved ikke

5. Erhverv

- A Hvad var din ugentlige arbejdstid i timer før din sygemelding?
- B Hvis du arbejdede på nedsat tid, var det så på grund af din sygdom?
 Nej Ja
- C Skal du fratræde din stilling? Hvis ja, hvilken dato fratræder du (dato for lønophør)?
 Nej Ja
- D Har du mulighed for nedsat arbejdstid? Hvis ja, hvor mange timer om ugen arbejder du?
 Nej Ja

6. Oplysninger om skattekort og udbetaling til NemKonto

- A Sæt kryds ud for det skattekort, vi skal bruge, hvis vi udbetaler skattepligtige ydelser til dig
 Hovedkort
 Bikort
 Frikort
 Andet – hvilket?

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

- B Udbetaling til NemKonto
Vi udbetaler som udgangspunkt til din NemKonto. Du er velkommen til at oplyse et andet kontonr., hvis ikke du vil benytte din NemKonto til dine udbetalinger fra AP Pension. Hvis du ønsker det, skal du kontakte os.

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

7. E-boks

Har du tilmeldt AP Pension i E-boks, så du kan modtage dine breve fra Skade der?
 Nej Ja

8. Erklæring

Undertegnede erklærer, at alle spørgsmål er besvaret efter bedste overbevisning, og at der ikke er fortiet noget forhold, der kan vejlede selskabet i bedømmelsen af, hvorvidt bestemmelserne i forsikringsbetingelserne er opfyldt.

9. Dine personoplysninger

AP Pension behandler dine personoplysninger i overensstemmelse med blandt andet persondatalovgivningen. Det kan du læse mere om i vores persondatapolitik, som du finder på www.appension.dk. Du kan også få sendt persondatapolitikken med post ved at kontakte os på 3916 5000.

Vi opfordrer dig til at benytte en sikker forbindelse, når du sender information, blanketter m.m. til os. Du kan skrive til os og vedhæfte filer via www.appension.dk/privat ved at trykke "Skrive til os" nederst på siden.

Dato

CPR-nr.

 -

Underskrift

10. Eventuel uddybning af svar

Husk at underskrive samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger på næste side

CPR-nr.

-

CVR-nr.

AINY

A

Navn [redacted] CPR-nr. [redacted] - [redacted]

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

Tab af erhvervssevne forsikring

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

AP Pension indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om jeg har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. AP Pension 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. AP Pension præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

AP Pension 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.
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst AP Pension om i forbindelse med mit krav 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 AP Pension.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

AP Pension 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 5 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor AP Pension 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 AP Pension 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 AP Pensions mulighed for at behandle min ansøgning om udbetaling.

Dato [redacted] CPR-nr. [redacted] - [redacted]

Underskrift [redacted]

Samtykkeerklæringen er aftalt mellem Lægeforeningen og forsikring & Pension

CPR-nr. [redacted] - [redacted] CVR-nr. [redacted] AINY A

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.

Udfyldes af forsikringselskabet/rekvirenten:

Navn: _____ CPR-nr. : _____

Stilling: _____

Skadenummer: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 5b og 5c i attesten bedes besvaret for en periode på 10 år forud for skadestidspunktet, som er den: _____
ddmm-yyyy

Udfyldes af den undersøgende læge

	NEJ	JA	
1 a) Er du patientens alment praktiserende læge? b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)? c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvilken?
2 Hvad oplyser patienten om erhverv og arbejdsopgaver?			Erhverv: Arbejdsopgaver:
3 a) Diagnose angivet på dansk og latin: Hvad oplyser patienten om? b) Hvornår opstod sygdommen eller skaden ifølge patienten? c) Hvornår der blev ydet lægehjælp første gang ifølge patienten?			1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin: <i>Ved flere sygdomme/symptomer/skader kan supplerende ark vedlægges.</i> Dato: (dag/md/år) Dato: Klokken: (dag/md/år)
4 a) Oplyser patienten, at behandling er påbegyndt? Besvares kun, hvis ja til 4 a) b) Oplyser patienten, at behandlingen følges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis JA : Hvornår? (dag/md/år) Hvilken behandling?..... Hvor? (navn og adresse) Behandlingens forventede varighed? (uger/mdr/år) Hvis NEJ , hvorfor ikke?

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne

<p>5</p> <p>a) Hvad vurderer du, årsagen er til sygdommen eller skaden?</p> <p>b) Har patienten dig bekendt inden for de seneste 10 år haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region?</p> <p>c) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold indenfor de seneste 10 år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvilke?</p> <p>Hvis JA, hvilke?</p> <p>Dato for tidligere sygdom/skade:</p>
<p>6</p> <p>Har patienten i forhold til det oplyste i spørgsmål 3 a) været:</p> <p>a) indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, hospital, privatklinik, laboratorium, ambulatorium eller andet behandlingssted (herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik)?</p> <p>b) i behandling, henvist til eller undersøgt af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>Hvor? (navn og adresse)</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Hvor længe? (dage/uger/mdr)</p> <p>Hvor? (navn og adresse)</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Hvor længe? (dage/uger/mdr)</p>
<p>7</p> <p>a) Oplyser patienten, at have været sygemeldt i det aktuelle forløb?</p> <p>b) Oplyser patienten at have genoptaget arbejdet?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>1) Fra: Til: (dag/md/år) (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>2) Fra: Til: (dag/md/år) (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>Ved yderligere perioder kan supplerende ark vedlægges.</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p>
<p>8</p> <p>Mener patienten at kunne:</p> <p>a) deltage i sit hidtidige arbejde?</p> <p>b) varetage sine daglige funktioner i øvrigt?</p> <p>c) føre tilsyn med virksomheden?</p> <p>(Besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> Fuldt ud <input type="checkbox"/> Delvist</p> <p>Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p>

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne

<p>9 a) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner mener patienten, han/hun ikke kan udføre?</p> <p>d) Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner? (Besvares kun hvis patienten har oplyst, at der er nedsat funktion)</p> <p>c) Hvor mange timer daglig vurderer du, patienten kan arbejde?</p>		<p>Nærmere beskrivelse:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nærmere beskrivelse:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Antal timer daglig:</p>
<p>10 a) Hvordan vurderer du prognosen for patientens tilstand?</p> <p>b) Er der tilstået komplikationer, der har påvirket sygdommens/skadens forløb?</p> <p>c) Forventer du, at patienten helt eller delvist genvinder erhvervsevnen i forhold til nuværende arbejde?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>God <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA: Hvilke, hvordan og hvorfor?</p> <p>.....</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Forventet arbejdstid ugentlig:</p>
<p>11 Har du udstedt attest/erklæring om patientens sygdom eller skade til andre forsikringselskaber, kommuner eller lign.?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA: Attest/erklæring udstedt til:</p>
<p>12 Eventuelle bemærkninger?</p>		

Der kan evt. vedlægges kopi af udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.
De lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål.
Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med det foreliggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse af patienten:

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:

.....
Dato Lægens underskrift
Nøjagtig adresse (stempel):

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø