

Helbredserklæring

Udfyldes af Betri Pensjón	Police nr.:	Dato:
------------------------------	-------------	-------

Navn		P-tal
Adresse	Postnummer	By
E-mail adresse	Telefonnummer	

Såfremt vi har brug for flere oplysninger, kontakter vi dig via e-mail. Har du brug for at skrive mere, kan du benytte en blank side (eller skrive på bagsiden). Husk at datere og underskrive ekstra sider.

Har du de seneste 3 år været i kontakt med, blevet undersøgt eller fået behandling af læge, speciallæge, hospital eller anden behandler? (F.eks. fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre) <i>Her tænkes ikke på forkølelse, influenza og lignende</i>	Nej	Ja	Hvis ja, udfyldes her: Hvilken sygdom/årsag?
			Hvornår?
Har du følger/gener?	Nej	Ja	Hvilke?

Har du inden for de seneste 10 år været i medicinsk behandling i mere end en måned? <i>Herunder også beroligende og smertestillende medicin</i>	Nej	Ja	Hvis ja, udfyldes her: Hvilken medicin?
			For hvad?
			Hvornår?

Har du inden for de seneste 10 år været syg eller uarbejdsdygtig i en måned eller mere?	Nej	Ja	Hvis ja, udfyldes her: Af hvilken årsag?
			Hvornår?
			Hvor længe?
Er der følger/gener?	Nej	Ja	Hvilke?

Er du fuldt arbejdsdygtig?	Nej	Ja	Hvis nej: Hvorfor ikke?
----------------------------	-----	----	----------------------------

Har du inden for de seneste 10 år anmodet om, fået socialhjælp eller erstatning på grund af helbredet?	Nej	Ja	Hvis ja, udfyldes her: Årsag?
			Hvornår?

Er du under revalidering, har skiftet job eller arbejder du nedsat tid af helbredsmæssige årsager?	Nej	Ja	Hvis ja, udfyldes her: Årsag?
			Siden hvornår?

Hvad er din højde og vægt?	Højde (cm)	Vægt (kg)
----------------------------	------------	-----------

Ryger du?	Nej	Ja	Hvis ja, udfyldes her: Dagligt forbrug?
Hvis nej, har du røget indenfor de seneste 2 år?	Nej	Ja	Hvornår stoppede du?

Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning og har ikke fortiet eller undladt noget. Jeg er klar over, at urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre, at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra Betri Pensjón.

 Dato

 Underskrift

Når jeg vil tegne en forsikring eller ændre i en forsikring jeg allerede har

LIVS- OG PENSIONS Forsikring

Samtykkegivers navn:	Samtykkegivers P-tal:	Selskabets policenr.:
----------------------	-----------------------	-----------------------

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Betri Pensjón i forbindelse med min ansøgning om tegning eller ændring af forsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning.

Betri Pensjón indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om – og på hvilke vilkår – jeg kan få en forsikring. Betri Pensjón må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit P-tal.) og relevante oplysninger om min forsikringssag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. Betri Pensjón præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Betri Pensjón kan med dette samtykke i ét 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, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer
- Videncenter for Helbred & Forsikring (<https://helbredogforsikring.dk/>)

De nævnte aktører kan med dette samtykke i ét år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til Betri Pensjón.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Betri Pensjón kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min ansøgning:

- Videncenter for Helbred & Forsikring (<https://helbredogforsikring.dk/>)

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 oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet

Samtykket omfatter ikke oplysninger om:

- Andre personers, fx slægtninges, aktuelle eller tidligere helbredstilstand
- Resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikringssøgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests).
- Deltagelse i samt resultatet af forebyggende undersøgelser. Dog må der oplyses om resultatet af sådanne undersøgelser, hvis disse viser aktuelle tegn på sygdom, eller disse vedrører sygdomme, som forsikringssøgende tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for tidspunktet for min underskrift af dette samtykke og frem til det tidspunkt, hvor Betri Pensjón har taget stilling til min ansøgning om tegning eller ændring af forsikring.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Betri Pensjón 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 Betri Pensjóns mulighed for at behandle min ansøgning om tegning eller ændring af forsikring.

Dato

Samtykkegivers underskrift