

Vejledning ved ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme til børn

For at FG kan behandle ansøgningen, har vi brug for oplysninger. Det er derfor vigtigt, at ansøgningsskemaet er korrekt udfyldt, som beskrevet nedenfor.

Ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme til børn

Du skal udfylde ansøgningsskemaets punkt 1-8. Det er vigtigt, at du udfylder alle punkterne.

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via din ansættelse, beder vi dig vedlægge en kopi af din seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår. Hvis dit barns diagnose ikke er stillet inden for perioden i den seneste lønseddel, bedes du også vedlægge kopi af lønseddel for den måned, hvor barnet fik stillet diagnosen. Vi bruger lønsedlen som dokumentation for, at du er omfattet af forsikringen.

Samtykkeerklæring

Du skal underskrive samtykkeerklæringen på side 3 til indhentning og videregivelse af oplysninger.

Hvorfor skal du give samtykke?

For at kunne bedømme din anmodning om udbetaling fra forsikringen, skal FG have oplysninger om barnets sygdom. Typisk vil der være behov for oplysninger om barnets sygdom og eventuel behandling fra sygehuse eller læger. FG behandler oplysningerne fortroligt og i overensstemmelse med gældende regler.

Hvis du har fuld forældremyndighed, er det kun dig der skal underskrive. Hvis du har delt forældremyndighed, skal begge forældremyndighedsindehavere underskrive samtykkeerklæringen.

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen gennem en **pensionskasse, forening eller forbund**, beder vi dig også underskrive samtykkeerklæringen på side 2. Samtykkeerklæringen er nødvendig for at vi kan indhente supplerende oplysninger. Det kan være oplysning om, hvornår du blev omfattet eller evt. udmeldt af gruppe-livsforsikringen.

FG bruger e-Boks

FG sender kun udvalgte brevytyper via e-Boks, men vi arbejder løbende på, at al kommunikation sker via e-Boks. Det betyder, at vi i en periode stadig vil sende nogle breve som almindelig post. e-Boks er en sikker digital postkasse på nettet, hvor man kan modtage og opbevare dokumenter. Brug af e-Boks er mere sikker end brug af e-mails, da e-Boks beskytter adgangen til dokumenterne med en række komponenter og procedurer.

Hvis du giver dit samtykke til, at FG kan sende post til din e-Boks, sender vi kun post, som vedrører din forsikring i FG. Du kan til enhver tid fravælge, at vi sender post til din e-Boks.

Hvis du har givet samtykke til, at modtage post fra FG i din e-Boks på en af FGs blanketter, herunder blanketter på Mit Gruppeliv, skal du sende en mail til fg@fg.dk og bede FG om at slette dit samtykke.

Hvis du har tilmeldt dig til, at modtage post fra FG på www.e-boks.dk, skal du selv slette din tilmelding i e-Boks.

Indtil du har slettet din tilmelding, vil du modtage post fra FG i din e-Boks.

Breve sendt til din e-Boks vil du også kunne se på www.fg.dk under Mit Gruppeliv.

Bankbilag

Hvis barnet opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringssummen indsættes beløbet på din NemKonto. Hvis du ikke ønsker forsikringssummen indsat på din NemKonto, har du mulighed for at oplyse et konto nr.

Ansøgningsskemaet sendes til FG. Efter modtagelsen skriver vi til de relevante sygehuse for at få tilsendt barnets journal. **Hvis du selv har en kopi af barnets journal så send den gerne med, det kan gøre sagsbehandlingen hurtigere.**

Kopi af barnets **fødsels- eller dåbsattest** skal medsendes

Ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme til børn

Skemaet bedes venligst udfyldt med blokbogstaver

Forsikringstagers Navn: _____ Adresse: _____ Cpr.nr.: _____ Telefonnummer: _____ E-mail adresse: _____
Barnets Navn: _____ Adresse: _____ Cpr.nr.: _____ Barnet er mit biologiske barn/adoptivbarn <input type="checkbox"/> Barnet er min samlevers/ægtefælles biologiske barn/adoptivbarn <input type="checkbox"/> Hvis du søger om udbetaling for din samlever/ægtefælles barn, beder vi dig oplyser din samlever/ægtefælles cpr.nr.: _____
1. Hvad er sygdommens navn?
2. Hvornår blev barnet syg? (dato og år eller evt. diagnosedato)
3. Hvor og hvornår blev barnet undersøgt/behandlet første gang? (sygehus/speciallæge samt dato og årstal)
4. Anfør hospital/sygehus og afdelinger barnet har været behandlet på
5. Hvornår og hvor længe har barnet været indlagt?
6. Har barnet tidligere haft en kritisk sygdom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Hvis ja: Hvilken? Hvornår?
7. Barnets praktiserende læges navn, adresse og tlf.nr.:

8. Før vi kan behandle din ansøgning er det vigtigt, at du udfylder nedenstående:

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via din ansættelse, beder vi dig oplyse:

Navnet på din arbejdsgiver: _____

Datoen hvor du blev ansat/omfattet af gruppelivsftalen _____

Evt. fratrædelsesdato: _____ Er du fratrædt pga. sygdom? JA NEJ

Vi beder dig vedlægge kopi af seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår, samt lønseddel for den måned, hvor barnet fik stillet diagnosen.

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via en pensionskasse, forening eller forbund, beder vi dig oplyse:

Navnet på denne: _____

Evt. udmeldelsesdato: _____ Er du udmeldt pga. sygdom? JA NEJ

SAMTYKKE

Jeg giver samtykke til, at FG må indhente og videregive relevante oplysninger til pensionskassen, foreningen eller forbundet. Det kan være oplysninger om:

- Hvornår jeg blev omfattet eller evt. udmeldt af gruppelivsforsikringen

Dato _____ Underskrift _____

Samtykke e-Boks

SAMTYKKE

Jeg giver samtykke til, at FG må sende post til min e-Boks JA NEJ

Dato _____ Underskrift _____

Hvis du ikke giver FG samtykke til, at sende post til din e-Boks, vil du modtage posten som alm. post. Du kan til enhver tid fravælge, at FG sender post til din e-Boks. Læs mere om e-Boks i vedlagte vejledning.

BANKBILAG

9. Hvis barnet opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringssummen, indsættes beløbet på din **NemKonto.**

Hvis du ikke ønsker forsikringssummen indsat på din NemKonto, bedes du venligst oplyse den konto du ønsker benyttet:

Pengeinstituttets navn: _____

Reg. nr.: _ Konto nr.: _____

Hvis forsikringssummen skal overføres til en udenlandsk bank, beder vi dig oplyse:

SWIFT/BIC kode _____

Bankkode* _____ Konto nr./IBAN _____

* Sorting, Fedwire, Bankleitzahl, Routing no

Jeg/vi giver hermed samtykke til, at

- FG må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mit/vores barn:
Navn: _____ CPR. nr.: _____, som FG finder nødvendige for at kunne vurdere kravet om udbetaling
- De, som FG indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som FG har anmodet om

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for FG i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling

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 FG har taget stilling til barnets krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

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

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

Ved **fælles forældremyndighed skal** begge forældre underskrive nedenstående samtykke, medmindre der foreligger fuldmagt til, at den underskrivende forældremyndighedsindehaver er berettiget til at give samtykke på begges vegne. Eventuel fuldmagt skal vedlægges ansøgningen.

Sæt kryds ved fælles forældremyndighed

Forældremyndighedsindehaver 1

Dato: _____ CPR-nr.: _____ Underskrift: _____

Forældremyndighedsindehaver 2

Dato: _____ CPR-nr.: _____ Underskrift: _____

Sæt kryds hvis du har fuld forældremyndighed

Dato: _____ CPR-nr.: _____ Underskrift: _____

Sæt kryds hvis du ikke er forældremyndighedsindehaver

Dato: _____ CPR-nr.: _____ Underskrift: _____

Hvis du ikke har fuld forældremyndighed eller hvis du har fælles forældremyndighed over barnet, oplys venligst kontaktoplysninger på den anden forældremyndighedsindehaver

Navn: _____ Adresse: _____ Post nr.: _____ By: _____

Samtykkeerklæringen er aftalt mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension

**Skemaet skal sendes via
www.fg.dk/kontakt (sikker forbindelse) eller
pr. brev til Forenede Gruppeliv, Postboks 442, Krumtappen 4, 2500 Valby**