



Tab af erhvervsevne Gruppeforsikring

EN MÅNEDLIG UDBETALING NÅR DU IKKE KAN ARBEJDE

Dette er et salgsmateriale, hvor der ikke er plads til alle detaljer om forsikringen. Vil du vide det hele, skal du læse forsikringsbetingelserne. Du finder dem på www.topdanmark.dk, eller du kan bestille dem på 44 74 70 07.

Faste udgifter er i sagens natur faste. Huslejen skal betales, bilen skal afdrages, og sådan kunne vi blive ved. Men hvad nu, hvis du ikke kan blive ved? Mister du din erhvervsevne, får du penge fra det offentlige – men næppe nok til at opretholde dit nuværende liv. Det kan forsikringen her til gengæld bidrage til.

Derfor kan du bruge forsikringen

- Sygedagpengene i 2016 udgør højst 91.960 kr., som du kan få i op til 22 uger.
- Forsikringen supplerer din indtægt
- Du kan frit vælge mellem en karensperiode på 3 eller 12 måneder
- Vi udbetaler forsikringen hver måned, hvis du minimum mister halvdelen af din erhvervsevne og opfylder betingelserne
- Beløbet bliver ofte reguleret hvert år i takt med prisudviklingen
- Hvis din erhvervsevne bliver nedsat med mindst to tredjedele, får du, efter karensperioden, fritagelse for at betale til forsikringen

Hvad koster forsikringen – og hvor meget kan du få igen?

Prisen på forsikringen hænger sammen med, hvor stor en eventuel udbetaling vil være. Her kan du se sammenhængen mellem priser og udbetalinger (2016).

Årlig udbetaling *	Pris, hvis du har hårdt fysisk arbejde		Pris, hvis du ikke har hårdt fysisk arbejde	
	Karensperiode		Karensperiode	
	3 mdr.	12 mdr.	3 mdr.	12 mdr.
54.000 kr.	4.524 kr.	3.777 kr.	2.587 kr.	2.155 kr.
108.000 kr.	9.048 kr.	7.544 kr.	5.174 kr.	4.310 kr.
162.000 kr.	13.572 kr.	11.331 kr.	7.761 kr.	6.465 kr.
216.000 kr.	18.096 kr.	15.108 kr.	10.348 kr.	8.620 kr.

* Din samlede dækning ved tab af erhvervsevne hos Topdanmark må højst være på 500.000 kr. om året.

Vi fastsætter prisen for et år ad gangen. Den fastsættes ud fra gruppens alders- og kønssammensætning, den valgte dækning, bonus og skadeforløb.

Når du vælger dækningens størrelse (den årlige udbetaling), er der flere ting at tage højde for fx. din nuværende indtægt, og karensperiodens længde.

Dækningen kan højst blive på 70 % af din løn – også selv om du har andre lignende dækninger. Har du andre lignende dækninger, kan dækningen blive nedsat eller helt bortfalde.

Det dækker vi

- Som udgangspunkt skal du have både et medicinsk og et økonomisk erhvervsevnetab af en vis størrelse, før du kan få penge fra forsikringen. Det betyder, at du både skal være syg og have mistet (en del af) din indtægt.
- Mister du mindst to tredjedele af din erhvervsevne, giver vi fuld udbetaling
- Mister du mellem halvdelen og to tredjedele af din erhvervsevne, giver vi en halv udbetaling
- Udbetalingerne fortsætter, så længe din erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen - dog længst til du fylder 60 år

Det dækker vi ikke

- Vi dækker ikke erhvervsevnetab under 50 %
- Vi dækker ikke erhvervsevnetab, hvor du selv har udvist risikofyldt adfærd, fx slagsmål
- Når tilstanden er stabil, er det den generelle erhvervsevne - og altså ikke erhvervsevnen i dit fag eller den konkrete stilling, du sidder i - der skal være nedsat (Derfor bedømmer vi dine erhvervsmuligheder inden for dit eget fag, tidligere arbejdsområder og beslægtede eller egnede fag.)

Værd at vide

- Du skal være mellem 18 og 60 år for at købe forsikringen - og du skal afgive helbredsoplysninger i forbindelse med, at du køber den
- Du kan trække dine indbetalinger fra i din personlige indkomst - skatten betaler op til 51,95 % af indbetalingerne. Du skal derfor også betale indkomstskat af dine udbetalinger.
- Du får 20 % rabat på forsikringen, hvis du indbetaler mindst 5.000 kr. årligt på en livsforsikring eller pensionsopsparring i Topdanmark (ekskl. indbetaling til invaliderente, anden tab af erhvervsevneforsikring, arbejdsmarkedspension og obligatorisk arbejdsgiverordning)
- Du skal underrette Topdanmark, hvis der sker ændringer i dit erhverv eller dine daglige funktioner, især hvis du går til/fra selvstændigt erhverv, til/fra fysisk hårdt arbejde og til/fra at være hovedaktionær/-anpartshaver. Du skal også underrette os, hvis din indkomst falder mindst 30 % i mere end et år.
- Topdanmarks vurdering af erhvervsevnetab sker uafhængigt af den vurdering, der foretages af det offentlige og af andre selskaber
- Du skal være opmærksom på, at bliver du tilkendt et fleksjob eller modtager ledighedsydelse, kan det få indflydelse på udbetalingen fra forsikringen. Du kan læse mere om, hvilke regler der gælder for forsikringen i forsikringsbetingelserne, som du kan bestille hos os.
- Du skal være opmærksom på, at modtager du ressourceforløbsydelse samtidig med, at du får udbetaling fra forsikringen, bliver forsikringsudbetalingen modregnet i ressourceforløbsydelsen.
- Forsikringen gælder for et år ad gangen og fortsætter for endnu et kalenderår, hvis du ikke opsiger den. Forsikringen ophører dog senest den 1. i måneden, efter du fylder 60 år.

- På www.forsikringsoplysningen.dk kan du få mere generelle oplysninger om forsikring og forsikringsforhold. Forsikringsoplysningen er forsikringsselskabernes fælles informationstjeneste.
- Topdanmark Livsforsikring er under lovpligtigt tilsyn af Finanstilsynet.
- Du kan klage over forsikringen til Ankenævnet for Forsikring, Anker Heegaards Gade 2, 1572 København V, telefon 33 15 89 00

Vejledning om helbredsoplysninger

RIGTIG PRIS OG FULD FORSIKRINGSDÆKNING!

Når du skal afgive helbredsoplysninger til Topdanmark, skal du altid læse vejledningen, inden du udfylder helbredserklæringen.

Hvorfor skal du give os oplysninger om dit helbred?

Det er meget vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål om dit helbred nøjagtigt, ellers risikerer du i værste fald at stå uden dækning, hvis skaden sker.

Hvilke helbredsoplysninger skal du give?

Når du udfylder helbredserklæringen, er det meget vigtigt, at:

- Du besvarer alle spørgsmål
- Du giver oplysning om nuværende sygdomme
- Du giver oplysninger om tidligere sygdomme
- Du giver oplysninger om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- Du giver oplysninger om alle undersøgelser og behandlinger hos læger, kiropraktorer, fysioterapeuter eller lignende

Du skal være særligt opmærksom på ryglidelser, psykiske lidelser og alkoholforbrug.

Selvfølgelig kan du være usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom eller et lægebesøg. Nævn alle de forhold, du kan komme i tanke om - også selv om du tror, at de ikke har betydning for din forsikring. Du har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende - også selv om du udfylder helbredserklæringen i samarbejde med en pensionsrådgiver eller anden fagmand.

Kommer du senere i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du kontakte os.

Hvilke helbredsoplysninger skal du ikke give?

Du skal ikke oplyse om undersøgelser, der alene skal belyse arveanlæg og deraf følgende risiko for fremtidige sygdomme.

Hvordan er du dækket, mens helbredsoplysningerne bliver vurderet?

Hvis vi antager forsikringen, er du dækket fra det ikrafttrædelsestidspunkt, der står i begæringen.

Kan vi ikke antage forsikringen på normale vilkår, er du først dækket, når du har afsendt skriftlig accept på de betingelser, som Topdanmark vil antage forsikringen på, medmindre vi aftaler et andet ikrafttrædelsestidspunkt.

Hvis du har lignende forsikringer andre steder, er det vigtigt, at du først opsiger disse forsikringer, når du har modtaget en bekræftelse fra os om, at du har en forsikring hos os. Du kan ellers risikere at stå uden forsikring.



Kontakt

Tilbud og kundeservice

Hverdage kl. 8-16
44 74 70 07

Fax: 44 74 20 43
privatkunde@topdanmark.dk
www.topdanmark.dk

Topdanmark
Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

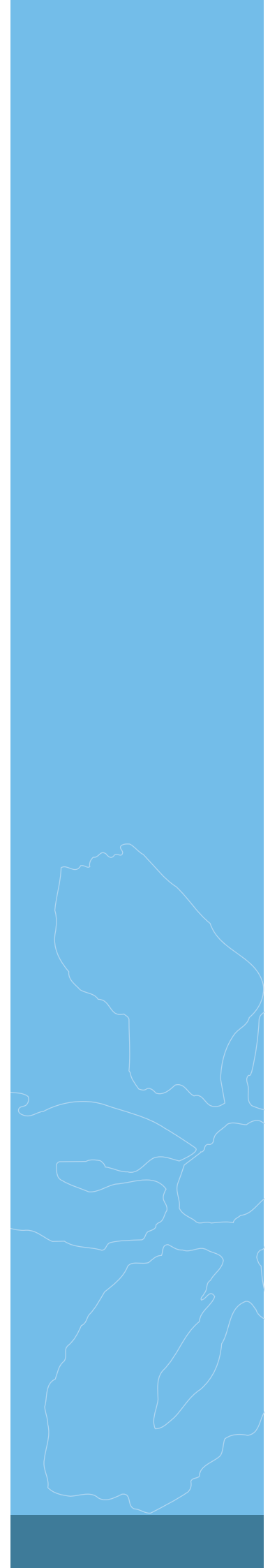
Hvad med alle detaljerne

Du kan udfylde og aflevere erklæringen sammen med begæringen, eller du kan sende den til Topdanmark i en lukket kuvert. Er du i tvivl om dine svar, kan du kontakte din læge, inden du udfylder skemaet.

Du kan til enhver tid læse den fulde vejledning om helbredsoplysninger på vores hjemmeside – www.topdanmark.dk/helbredsoplysninger – her kan du fx også læse om, hvad der sker, hvis du giver urigtige oplysninger, når du opretter forsikringen.

Tab af erhvervsevne - Gruppeforsikring

BESTILLINGSKUPON, HELBREDS- OG SAMTYKKEERKLÆRING



Bestillingskupon

Tab af erhvervsevne - Gruppeforsikring

Nyoprettelse Ændring

Personoplysninger	Evt. kundenummer	
	Forsikredes navn	
	CPR-nr.	
	Adresse	
	Postnr.	By
	Telefonnummer (dag/aften)	E-mail

Beskæftigelses- oplysninger	Beskæftigelse <input type="checkbox"/> Lønmodtager
	Hovedbeskæftigelse Stillingsbetegnelse: _____ Arbejdet består i: _____
	Bibeskæftigelse - du skal kun udfylde dette, hvis du har en bibeskæftigelse på 10 timer eller mere om ugen ud over din hovedbeskæftigelse. Stillingsbetegnelse: _____ Arbejdet består i: _____
	Min nuværende årlige bruttoindkomst ved personligt arbejde udgør: Lønmodtager: _____ kr.

Dækning	Jeg ønsker en (mer)dækning på: <input type="checkbox"/> 54.000 kr. <input type="checkbox"/> 108.000 kr. <input type="checkbox"/> 162.000 kr. <input type="checkbox"/> 216.000 kr.
	Du skal være opmærksom på, at den samlede dækning, inkl. dækning i andet selskab, højst kan udgøre 70 % af din bruttoløn ved personligt arbejde eller 500.000 kr. på oprettelsestidspunktet - også selv om du har andre lignende dækninger (ved andre lignende dækninger forstås alle former for forsikring med løbende udbetalinger ved varigt og/eller midlertidigt tab af erhvervsevne). Har du andre lignende dækninger, kan dækningen blive nedsat eller bortfalde. Ovenstående omfatter både dækning i Topdanmark og i andre selskaber.
	Jeg er klar over, at hvis mine dækninger samlet set udgør mere end 70 % af min bruttoløn ved personligt arbejde, bliver min dækning i Topdanmark nedsat, så betingelserne om maksimal dækning igen er opfyldt.
	Jeg vælger, at udbetalingerne skal starte, når min erhvervsevne har været nedsat med mindst halvdelen i <input type="checkbox"/> 3 måneder <input type="checkbox"/> 12 måneder
	Jeg har i forvejen dækning ved tab af erhvervsevne på _____ kr./år (feltet SKAL udfyldes. Hvis du ingen dækning har, skriver du 0 kr.) Det er både lignende dækninger i Topdanmark og i andre selskaber, der skal oplyses. Ved lignende dækninger forstås alle former for forsikring med løbende udbetalinger ved varigt og/eller midlertidigt tab af erhvervsevne.

Ikrafttrædelse/ ophørsdato	Forsikringen træder i kraft den 1. i den måned, hvor bestillingen er underskrevet.
	Forsikringen ophører den 1. i måneden efter mit fyldte 60. år.

Indbetaling Termin	Betaling skal ske helårligt, og betalingen forfalder den 1. januar, med mindre andet er angivet nedenfor. <input type="checkbox"/> halvårligt <input type="checkbox"/> kvartårligt <input type="checkbox"/> månedligt
	Hver indbetaling skal dog minimum være på 400 kr. Månedlig indbetaling skal altid ske via Betalingservice.

Bestillingskupon

Tab af erhvervsevne - Gruppeforsikring

Betalingservice	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker at tilmelde denne forsikring til Betalingservice Betaling via konto med reg.nr.: _____ kontonr.: _____ Kontohavers CPR-nr.: _____ Kontohavers underskrift: _____
e-Boks	Jeg tilmelder mig e-Boks, så Topdanmark har mulighed for, at sende relevante dokumenter via e-Boks, med mindre andet er anført nedenfor: <input type="checkbox"/> Nej tak, jeg ønsker ikke tilmelding til e-Boks.
Erklæring	<p>Jeg oplyser, at den/de begærede dækning(er) ved tab af erhvervsevne, og evt. andre lignende dækninger i Topdanmark og andre selskaber, ikke tilsammen overstiger 70 % af min bruttoløn ved personligt arbejde. (Ved lignende dækninger forstås alle former for forsikring med løbende udbetalinger ved varigt og/eller midlertidigt tab af erhvervsevne). Hvis mine samlede dækninger i Topdanmark overstiger 70 %, accepterer jeg, at den/de tidligere etablerede dækninger nedsættes, så mine samlede dækninger udgør 70 %. Jeg er klar over, at hvis det viser sig, at min samlede dækning overstiger 70 % pga. dækninger etableret før denne dækning, men i andre selskaber, vil dækningen i Topdanmark blive nedsat så den samlede dækning udgør 70 %.</p> <p>Jeg er klar over, at hvis jeg under sygdom modtager fuld pensionsgivende løn fra min arbejdsgiver, vil udbetaling fra tab af erhvervsevneforsikringen ske til arbejdsgiveren, medmindre andet følger af overenskomsten eller aftalen i øvrigt.</p> <p>Jeg er klar over, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jeg for at kunne købe forsikringen, skal give Topdanmark oplysninger om mit helbred, og at jeg selv skal udfylde og besvare spørgsmålene om mit helbred• Jeg kun kan købe forsikringen, hvis Topdanmark kan godkende oplysningerne om mit helbred• Udbetalingen fra denne tab af erhvervsevne - gruppeforsikring først påbegyndes, når erhvervsevnen har været nedsat med mindst halvdelen i 3 eller 12 måneder. Om udbetalingen starter efter 3 eller 12 måneder afhænger af, hvad jeg har valgt på bestillingskuponen. Når min helbredstilstand er stabil, er det den generelle erhvervsevne, der skal være nedsat• Erhvervsevnetabet både fastslås ud fra en medicinsk og økonomisk vurdering, når jeg er i stand til at tjene penge ved personligt arbejde• Jeg ikke får udbetaling, så længe jeg får fuld løn• Forsikringen oprettes med beskatningsformen 'pensionsordninger med løbende udbetalinger', dvs. at indbetalingerne er fuldt fradragsberettiget, og udbetalingerne beskattes som personlig indkomst• Forsikringen kan have indflydelse på sociale ydelser og at der kan ske modregning efter gældende regler.• Forhøjer jeg forsikringen under forsikringens løbetid, betyder det, at forsikringen fortsætter med de forsikringsbetingelser, der gælder på ændringstidspunktet• Topdanmarks medarbejdere kan få provision eller bonus, når de sælger en forsikring eller pensionsordning
Samtykkeerklæring	<p>Jeg giver tilladelse til, at oplysninger om hvem jeg er, mine forsikringer og aftaler, mine betalinger, mine skader og mit helbred må udveksles indenfor Topdanmark-koncernen. Oplysningerne må udveksles til brug for relevant administration og rådgivning.</p> <p>Topdanmark-koncernen består blandt andet af Topdanmark Forsikring A/S, Danske Forsikring A/S og Topdanmark Livsforsikring A/S.</p>
Markedsføring - ja tak	<p>Må vi kontakte dig, sæt kryds her</p> <input type="checkbox"/> Jeg giver Topdanmark-koncernen tilladelse til at kontakte mig pr. telefon, e-mail, SMS eller MMS med oplysninger om nye forsikringsprodukter eller skadeforebyggende tiltag på baggrund af oplysninger registreret hos Topdanmark-koncernen. Topdanmark-koncernen består blandt andet af Topdanmark Livsforsikring A/S, Topdanmark Forsikring A/S og Danske Forsikring A/S. <p>Det er til enhver tid muligt at tilbagekalde samtykket ved at kontakte os. Som kunde har du naturligvis også mulighed for at se og eventuelt berigtige de personoplysninger vi har gemt. Det vil typisk være oplysninger som navn, CPR-/CVR-nummer, adresse og dine forsikringer</p> <p>Oplysningerne kan blive videregivet til offentlige myndigheder i det omfang, lovgivning kræver det.</p>
Underskrift	Dato _____ Forsikredes underskrift _____
Udfyldes af Topdanmark	<p>Jeg erklærer, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jeg har overholdt bestemmelserne for oprettelse af forsikring og pensionsordning i Topdanmark.• Jeg hverken har medvirket ved udfyldelse af helbredsoplysningerne eller vurderet oplysningernes relevans.• Jeg har orienteret forsikrede om, hvad fuldmagten i helbredserklæringen indebærer (mht. indhentning og videregivelse af oplysninger).
Tegners underskrift	Dato: _____ Tegnersnummer: _____ Tegners underskrift/stempel _____

3 HUSK AT FORSIKREDE SKAL UDFYLDE HELBREDSERKLÆRING, SOM SKAL INDSendes SAMMEN MED DENNE BESTILLING.

10-årig helbredserklæring

Tab af erhvervsevne - Gruppeforsikring

Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr./by
Arbejdsgiver	E-mail
Stilling/jobbeskrivelse	

Du skal svare Ja eller Nej på alle spørgsmål. Ved pladsmangel brug sidste side eller et ekstra ark.

1 Har du indenfor de sidste 10 år været undersøgt eller behandlet hos følgende behandlere ? Hvis Ja, udfyldes her:	
a. Læge, speciallæge eller anden behandler <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Årsag? _____ _____ Hvornår? _____ (mdr./år) Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hvilke? _____ _____ Behandlers navn og adresse: _____ _____
b. Psykiater, psykolog eller psykiater <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Årsag? _____ _____ Hvornår? _____ (mdr./år) Behandlers navn og adresse: _____ _____
c. Har du indenfor de sidste 10 år været undersøgt eller behandlet følgende steder? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Årsag? _____ _____ Hvornår? _____ (mdr./år) Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hvilke? _____ _____ Behandlingssted: _____
Sygehus/hospital/privat-klinik? (gælder også laboratorium og røngtenklinik laboratorium)	

10-årig helbredserklæring

Tab af erhvervssevne - Gruppeforsikring

<p>2 Er du på nuværende tidspunkt henvist til nærmere undersøgelse eller behandling hos en af de behandlere/steder, som er nævnt i spørgsmål 1 (a, b, og c)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Årsag?</p> <hr/> <p>Behandler/sted:</p> <hr/>
<p>3 a. Har du aktuelt eller indenfor de sidste 5 år haft sygdomme i eller gener (smerter eller ubehag) fra:</p> <p>nakke, ryg eller lænd?</p> <p>Fx diskusprolaps, piskesmæld eller muskelspændinger.</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>b. Har du aktuelt eller indenfor de sidste 5 år haft sygdomme i eller gener (smerter eller ubehag) fra:</p> <p>skuldre, arme, albuer, hænder, hofter, bækken, ben, knæ eller fødder?</p> <p>Fx tennisalbue, korsbåndsskade eller gigtlidelse.</p> <p>NB: Sæt streg under hvilke(t) led.</p>	<p>Hvis Ja, udfyldes her:</p> <p>Hvilke gener?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Hvornår sidst? _____ (mdr./år)</p> <p>Evt. behandlers navn og adresse:</p> <hr/> <hr/> <p>Hvilke gener?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Hvornår sidst? _____ (mdr./år)</p> <p>Evt. behandlers navn og adresse:</p> <hr/> <hr/>
<p>4 Bruger du, eller har du indenfor de sidste 10 år brugt medicin i mere end 1 måned?</p> <p>(receptpligtig eller håndkøbsmedicin)</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Hvis Ja, udfyldes her:</p> <p>Hvilke præparater?</p> <hr/> <hr/> <p>For hvad?</p> <hr/> <p>I hvilke perioder? _____ (mdr./år)</p>

10-årig helbredserklæring

Tab af erhvervssevne - Gruppeforsikring

<p>5 a. Drikker du øl, vin, eller spiritus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>b. Har du indenfor de sidste 10 år haft et større forbrug? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>c. Ryger du? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>d. Har du tidligere røget? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>e. Anvender du, eller har du indenfor de sidste 10 år anvendt "hårde stoffer" (fx heroin, speed, ecstasy, kokain), hash eller andre stimulerende midler? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Hvis ja: gennemsnitlig _____ genstande ugentligt</p> <p>Hvis ja: gennemsnitlig _____ genstande ugentligt</p> <p>I hvilke perioder? _____ (mdr./år)</p> <p>Hvis ja: hvornår er du stoppet? _____ (mdr./år)</p> <p>Hvis ja: hvilke stoffer? _____</p> <p>I hvilke perioder? _____ (mdr./år)</p>
<p>6 Er der, eller har der på noget tidspunkt været undersøgelser/ansøgning/rejst sag om eller tilkendt:</p> <ul style="list-style-type: none">• revalidering?• fleksjob?• førtidspension?• invaliditetsydelse? <p>NB: Sæt streg under hvilke(n) ydelse(r)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Hvis Ja, udfyldes her:</p> <p>Årsag? _____ _____</p> <p>Hvornår? _____</p>
<p>7 Er du for tiden fuldt arbejdsdygtig? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Hvis Nej, hvorfor ikke? _____</p>
<p>8 Hvad er din højde og vægt?</p>	<p>Højde: _____ cm Vægt: _____ kg</p>
<p>9 a. Har du nedsat hørelse? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>b. Har du nedsat syn? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Hvis ja: Årsag? _____</p> <p>Hvis ja: Årsag? _____</p> <p>Brille/kontaktlinsestyrke: _____ højre: + / - _____ venstre: + / - (sæt ring om plus eller minus)</p>
<p>10 Hvem er din læge?</p>	<p>Navn _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Postnr. _____ By _____</p>

FP 601 - SAMTYKKE TIL INDHENTNING OG VIDEREGIVELSE AF OPLYSNINGER

Derfor skal du give samtykke

Al forsikring bygger på, at vi som selskab skal tage en risiko og sikre dig /dine efterladte. Derfor skal du afgive helbredsoplysninger. Afgiver du urigtige oplysninger eller undlader du at afgive relevante oplysninger, kan det medføre, at du ikke vil kunne få forsikringssummen eller kun en del heraf udbetalt, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra Topdanmark. 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 forsikringselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

Persondataloven

Som kunde har du naturligvis mulighed for at se, hvilke helbredsoplysninger vi har om dig. Alle oplysninger behandles i overensstemmelse med persondatalovens regler. Skulle der være oplysninger, som du me-

ner er urigtige eller ønsker du at se de oplysninger, vi har registreret om dig, kan du kontakte os på adressen:

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Topdanmark ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang Topdanmark indhenter oplysninger

Hver gang Topdanmark indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, Topdanmark ønsker at hente oplysningerne.

Jeg giver hermed samtykke til, at

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

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner og Arbejdskadestyrelsen
- Forsikringselskaber, 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 Topdanmark 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 Topdanmark 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 og CPR.nr.: _____

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger fra læger, sker det ved en aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/pensionskassen anmoder om det. *Lægeforeningen og Forsikring & Pension.*