

→ ANMELDELSEN GÆLDER FOR

Lånenummer/Kontonummer:		CPR-nr.:
Forsikredes navn:		Tlf.nr.:
Adresse:		Mobil tlf.nr.:
Postnr.:	By:	Arbejds tlf.nr.:
E-mail adresse:		

Hvis to forsikrede. Navn og CPR-nr. for forsikrede nr. to:

Forsikredes navn:	CPR-nr.:
-------------------	----------

VIGTIGT!

Følgende skal vedlægges skadesanmeldelsen:

1. Lægeerklæring.

→ ULYKKE - (Alle felter skal udfyldes)

A

Hvornår indtraf skaden? - Dag/md/år/tid	
Hvad er der sket? (Hændelsesforløb samt øvrige omstændigheder)	
Har den ramte kropsdel tidligere været udsat for skade eller sygdom?	
JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, hvornår? - Dag/md/år	På hvilken måde?

→ SYGDOM - (Alle felter skal udfyldes)

B

Sygdommens navn:	
Hvornår bemærkede du de første symptomer? - Dag/md/år	Hvornår opsøgte du læge første gang for sygdommen? - Dag/md/år
Lægens navn og adresse:	
Har du lidt af samme eller lignende sygdom tidligere?	
JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, hvornår?	Beskriv tidligere sygdomsforløb:

→ ALMENE SPØRGSMÅL - (Alle felter skal udfyldes)

C

Hvornår opsøgte du læge? - Dag/md/år

Lægens navn og adresse:	
Navn og adresse på nuværende læge:	
Har du været behandlet på et hospital i forbindelse med skaden? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, hvilket hospital?	Hvilke(n) periode(r)? - fra og med - til og med: - Dag/md/år
Hele sygemeldingsperioden (OBS! Lægeerklæring skal vedlægges) - Fra og med - Til og med: - Dag/md/år	
Er du kommet dig over skaden? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, - fra og med - til og med: - Dag/md/år	
Nuværende arbejdsopgaver?	EGET FIRMA <input type="checkbox"/>
ANSAT <input type="checkbox"/>	
Hvis ansat - opgiv arbejdsgiverens navn:	
Arbejdsgiverens adresse:	

Andre forsikringer:

Er skaden anmeldt til andre forsikringselskaber? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Selskab og policenr. eller skadenr.:

→ UNDERSKRIFT

Den forsikredes underskrift:

Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Forsikringsbegivenhed

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Cardif Försäkring, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give Cardif Försäkring alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Cardif Försäkring alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse. Crawford & Company behandler skader på vegne af Cardif Försäkring her i Danmark.

Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Cardif Försäkring har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Din læge 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.

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 Cardif Försäkring ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Crawford & Company på vegne af Cardif Försäkring kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være arbejdsoplysninger, sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold, oplysninger hos Ekspres Bank som forsikringstager vedrørende lånet som min forsikring er tilknyttet m.v.

Oplysninger kan indhentes fra arbejdsgiver, praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, A-kasse og Arbejdsskadestyrelsen samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor Cardif Försäkring har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Crawford & Company på vegne af Cardif Försäkring.

Jeg er bekendt med, at Cardif Försäkring og Crawford & Company indhenter, behandler, opbevarer og videregiver personoplysninger vedrørende mit helbred/sygdomshistorik og anden sygdomsinformation i nødvendig omfang med henblik på skadesbehandling og øvrige opfyldelser af forsikringsaftalen.

Jeg erklærer samtidig, at alle angivne oplysninger er fuldstændige og korrekte.

CPR-nr.:	Underskrift:
By:	Dato: - Dag/md/år
	Navn skrevet tydeligt:

VED SPØRGSMÅL OMKRING BEHANDLINGEN AF PERSONOPLYSNINGERNE, VENLIGST KONTAKT ANSVARLIGE HOS CARDIF FÖRSÄKRING PÅ
TLF. 80 70 20 80.

BLANKETTEN SENDES TIL:
Cardif Forsikring
c/o Crawford & Company Denmark
Vestergade 2A, 3. sal, 1456 København K