



Rolig, vi hjælper dig.

SAMTYKKEERKLÆRING

SUNDHEDSFORSIKRING

FP 707 - FORSIKRINGSBEGIVENHED - SUNDHEDSFORSIKRING – BØRN

Jeg/vi giver hermed samtykke til, at

- If må indhente, anvende og videregive de oplysninger om barnet, som If finder nødvendige for at kunne vurdere barnets krav om udbetaling
- Dem, som If indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som If har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre (autoriserede) sundheds-personer.
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for If i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling.
- Forsikrings- og pensionselskaber.

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor barnets sag er afsluttet.

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/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 If indhenter oplysninger. Jeg/vi bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives og for hvilken perioden, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

SÆT KRYDS VED FÆLLES FORÆLDREMYNDIGHED

Skadenummer

Underskrift

Cpr-nr.

Dato (dag/måned/år)

Underskrift

Cpr-nr.

Dato (dag/måned/år)