



DIABETESFORENINGEN

Livsforsikring for Medlemmer af Diabetesforeningen

Frivillig overbygning på Diabetesforeningens Gruppelivsforsikring



Aftalen om gruppelivsforsikring er indgået imellem Zurich Eurolife S.A., som forsikringsgiver og Diabetesforeningen, Landsforeningen for Sukkersyge, Rytterkasernen 1, 5000 Odense, som overordnet forsikringstager. Diabetesforeningen har udpeget dahlberg assurance brokers as, Chr. Brygge 28, 1559 København V, til at administrere ordningen.

Værd at vide

- Frivillig Gruppelivsforsikring med udbetaling ved dødsfald
- Tilbud til Diabetesforeningens medlemmer i alderen 18 – 50 år
- Du skal være omfattet af Diabetesforeningens obligatoriske gruppelivsforsikring
- Ægtefælle/samlever skal ligeledes være medlem af Diabetesforeningen samt tilmeldt Diabetesforeningens obligatoriske gruppelivsforsikring mod egenbetaling
- Du ansøger om gruppelivsforsikringen på efterfølgende begæring
- 2 begæringmuligheder – 1 til diabetikere og 1 til ikke-diabetikere
- Du skal besvare nogle få spørgsmål om dit helbred
- Præmien til gruppelivsforsikringen er ikke fradragsberettiget
- Du kan udtræde af gruppelivsforsikringen med 14 dages varsel til udløb af kalenderår

Hvad koster Gruppelivsforsikringen?

Priserne er opdelt i 3 alderstrin. Du kan se af nedenstående skema, hvad priserne er i aldersintervallet 18 – 40 år, hvad den stiger til, når du er mellem 41 og 45 år og endelig prisen i aldersintervallet 46 – 50 år.

Gruppelivsforsikringen ophører med udgangen af det kalenderår, hvori du fylder 50 år.

Nedenstående priser (2005) er helårlige, og forfalder til betaling den 1. januar. Ved indmeldelse i løbet af et kalenderår beregnes første års pris forholdsmæssigt.

Forsikringssum				
	Kr. 150.000	Kr. 300.000	Kr. 500.000	Kr. 1.000.000
Alder				
18 – 40 år	225	450	750	1.500
41 – 45 år	375	750	1.250	2.500
46 – 50 år	600	1.200	2.000	4.000

Vejledning om helbredsoplysninger

Rigtig præmie og fuld forsikringsdækning!

Hvorfor skal du afgive oplysninger om dit helbred?

Når du vil sikre dig selv og din familie med en gruppelivsforsikring, skal du besvare nogle spørgsmål om dit helbred.

Det er meget vigtigt, at du besvarer alle spørgsmålene nøjagtigt, ellers risikerer du eller din familie i værste fald at stå uden dækning, hvis skaden sker.

Gruppelivsforsikring hviler på, at de, der er raske og slipper for skader, betaler til de uheldige. Hvis nogle kunder giver mangelfulde og upræcise oplysninger om sit helbred, snyder de både de ærlige kunder og måske også sig selv og familien i sidste ende, for de risikerer at stå med en forsikring, der pludselig kan være værdiløs.

Hvilke helbredsoplysninger skal du afgive?

Når du vil tegne en gruppelivsforsikring, har du mulighed for at få vejledning hos Diabetesforeningen eller hos Administrator. De kan vejlede dig om udfyldelsen af skemaet om helbredsoplysninger.

Herudover kan din læge være dig behjælpelig. Under alle omstændigheder er det at anbefale (men ingen betingelse), at din læge noterer dine besvarelser i din journal. Herved har du din læges bekræftelse på, at du har besvaret helbredsoplysningerne korrekt. Men ansvaret for at skemaet udfyldes rigtigt, er dit alene.

Når du udfylder skemaet med helbredsoplysningerne, er det meget vigtigt, at du besvare alle spørgsmål korrekt.

Hvis du er i tvivl, om du har det hele med, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal.

Kommer du senere i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du rette henvendelse til forsikringsselskabet via administrator.

Du skal ikke oplyse om undersøgelser, der kan belyse dine arveanlæg og deraf følgende risiko for fremtidige sygdomme (gentests).

Behandling af dine helbredsoplysninger

Forsikringsselskabets lægekantor træffer sin afgørelse på et lægefagligt og statistisk grundlag, der er udarbejdet med hjælp fra uafhængige eksperter. Dette sikrer en ensartet og objektiv vurdering af de oplysninger, du har givet.

Når du ansøger om en gruppelivsforsikring, giver du med din underskrift forsikringsselskabet ret til at modtage oplysninger fra de offentlige myndigheder, læger og andre forsikringsselskaber, der har oplysninger om din helbredstilstand.

Hvis skaden sker

Hvis gruppelivsforsikringen skal udbetales, vil forsikringsselskabet via dine efterladte indhente oplysninger om din død. I den forbindelse kan selskabet anmode om oplysninger fra læge, speciallæge, hospital o.lign. Disse oplysninger sammenholdes med de svar, du gav, da du ansøgte om gruppelivsforsikringen. Det gør forsikringsselskabet for at sikre, at der kun udbetales erstatning til dem, der er berettiget hertil.

Gav du korrekte svar, da du ansøgte om gruppelivsforsikringen, bliver erstatningen udbetalt uden unødigt forsinkelse.

Gav du derimod forkerte oplysninger da du ansøgte om gruppelivsforsikringen, kan erstatningen i værste fald helt bortfalde. Det sker, hvis forsikringsselskabet ikke ville have accepteret din ansøgning om gruppelivsforsikring, hvis det havde kendt de rigtige oplysninger. Og det gælder også, selvom det ikke er den samme sygdom, der er fortiet oplysninger om, der er årsag til dødsfaldet.

Hvis de urigtige svar ikke ville have betydet noget for de vilkår, gruppelivsforsikringen blev accepteret på, får det ingen følger for udbetalingen af dødsfaldsdækningen.

Administration og Administrator

Administrator er jfr. forsikringsbetingelserne:

dahlberg assurance brokers as
Chr. Brygge 28
1559 København V
Telefon 3311 4828

Henvendelser til Zurich, herunder meddelelse om forsikredes død, samt fremsendelse af dokumentation eller ændring af begunstigelse og lignende skal derfor rettes til Administrator.

Modtagelse af meddelelse til Zurich antages for modtaget, når den er kommet Administrator i hænde.

Uddrag af forsikringsbetingelser for Diabetesforeningens frivillige gruppelivsforsikring

Indledning

Aftalen om gruppelivsforsikring er indgået imellem Zurich Eurolife S.A., (herefter kaldet Zurich) som forsikringsgiver og Diabetesforeningen, Landsforeningen for Sukkersyge, Rytterkasernen 1, 5000 Odense, (herefter kaldet Diabetesforeningen) som overordnet forsikringstager.

Diabetesforeningen har udpeget dahlberg assurance brokers as, Chr. Brygge 28, 1559 København V (herefter kaldet Administrator) til at administrere ordningen for Diabetesforeningen.

Aftalen omhandler frivillig gruppelivsforsikring, som opkræves af Administrator hos medlemmet. For at indtræde i ordningen er det en forudsætning, at medlemmet fremsender begæring om deltagelse heri. Administrator bekræfter efterfølgende begæringen ved fremsendelse af forsikringscertifikat samt indbetalingskort med oplysning om sidste indbetalingsdato. Forsikringsdækningen er endeligt gældende, når dokumentation for indbetaling foreligger. (Se nedenfor)

Det er en forudsætning for forsikringsdækningen, at Diabetesforeningen opfylder sine forpligtelser i henhold til indgåede aftaler mellem Zurich og Diabetesforeningen i forbindelse med etableringen af gruppelivsordningen. Aftalen i sin helhed, herunder forsikringsbetingelserne, er underlagt luxembourgsk lov.* Såfremt du måtte ønske at modtage de fulde forsikringsbetingelser på engelsk, er du velkommen til at rette henvendelse herom til Administrator. Hvis der opstår tvivl i forbindelse med fortolkningen og/eller forståelsen af gruppelivsordningen skal de nævnte forsikringsbetingelser og aftalekomplekset have forrang og med disses engelske tekst.

Hvornår er du dækket?

Det er en forudsætning, at medlemskontingentet er betalt rettidigt i henhold til betalingsbetingelserne ved kontingentopkrævningen.

Det er ligeledes en forudsætning, at du er med i Diabetesforeningens obligatoriske ordning, enten som diabetiker og betalt af Diabetesforeningen eller som ægtefælle/samlever med egen betaling via medlemskontingentet.

Optagelse i gruppelivsordningen er betinget af, at medlemmet efter Zurich's skøn har afgivet tilfredsstillende helbredsoplysninger, hvilket bekræftes ved modtagelse af forsikringscertifikat.

Endelig skal første forsikringspræmie være indbetalt til Administrator senest 14 dage efter modtagelse af giroindbetalingskortet.

Udbetaling ved død

Forsikringen dækker ved forsikredes død før udgangen af det kalenderår, hvori forsikrede fylder 50 år.

Der kan vælges mellem følgende dækninger:

Forsikringssum kr.	150.000
Forsikringssum kr.	300.000
Forsikringssum kr.	500.000
Forsikringssum kr.	1.000.000

Forsikringssummen udbetales til nærmeste pårørende jfr. den danske forsikringsaftalelov.

Skal udbetalingen ske til samlever eller f.eks. et barn ud af flere, skal der udfærdiges en begunstigelseserklæring. Dette sker ved at rette henvendelse til Administrator. Der betales et gebyr for udfærdigelsen.

Ved en forsikret persons død skal administrator snarest muligt underrettes. Administrator vil herefter straks underrette Zurich herom og rekvirere og oversætte de nødvendige attester og rapporter til engelsk.

Ophør af dækning

Dækning ophører for et forsikret medlem ved udgangen af det kalenderår, hvori den pågældende fylder 50 år.

Dækning for et forsikret medlem ophører endvidere fra og med dagen efter, at den pågældendes medlemskab af Diabetesforeningen ophører uanset årsag.

Medlemmet kan med 14 dages varsel opsiges forsikringen til ophør ved udgangen af et kalenderår.

Undtaget risiko

Gruppelivsforsikringen dækker ikke dødsfald som følge af:

Aktiv deltagelse i krig eller krigslignende operationer.

Ophold i land eller område med krig eller krigslignende operationer i mere end 28 dage.

Aktiv deltagelse i terrorisme.

Atomfission, fusion eller radioaktivitet eller atomare, biologiske eller kemiske våben.

Endvidere undtages ekstrem sport såsom bjergbestigning og faldskærmsudspring.

Selvmod eller grov uagtsomhed inden for de første 3 år fra optagelsen i ordningen.

Præmiefritagelse

Forsikringen giver ikke ret til præmiefritagelse ved forsikredes erhvervsevnetab.

Rådighedsforhold

Gruppelivsforsikringen kan pantsættes i forbindelse med sikkerhedsstillelse. I sådanne tilfælde skal der etableres en håndpant sætningserklæring af långiver. Erklæringen fremsendes til Administrator, som opkræver et ekspeditionsgebyr.

I tilfælde af opsigelse eller ophør af forsikringen, vil denne ikke have opnået nogen form for værdi, ligesom alle gensidige forpligtelser ophører, bortset fra indtrufne, men ikke anmeldte dødsfald og andre forpligtelser, der udspringer af tiden før aftalens ophør.

Personoplysninger

Medlemmet har mulighed for at få oplyst, hvilke personoplysninger, vi opbevarer. Det vil typisk være oplysninger om navn, adresse, CPR-nummer og forsikringer. Oplysningerne kan rekvireres hos Administrator.

Administration og Administrator

Administrator er:

dahlberg assurance brokers as Chr. Brygge 28 1559 København V Telefon 3311 4828
--

Henvendelser til Zurich, herunder meddelelse om forsikredes død, samt fremsendelse af dokumentation eller ændring af begunstigelse og lignende skal derfor rettes til Administrator.

Modtagelse af meddelelse til Zurich antages for modtaget, når den er kommet Administrator i hænde.

*Skulle der mod forventning opstå en tvist om et afslag på udbetaling fra forsikringsgiver kan kravet rettes mod forsikringstager (Diabetesforeningen) og en endelig afgørelse om et sådan krav skal træffes af en dansk domstol efter normale erstatningsretlige regler i Danmark.

Individuel begæring om Gruppelivsforsikring Frivillig ordning for Diabetikere

Skriv venligst tydeligt

Forsikrede

Efternavn	Fornavn	CPR-nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalitet	Nuværende beskæftigelse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gade		
<input type="text"/>		
Postnummer	By	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	Email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Forsikringstager (hvis anden ejer end forsikrede – krydsliv)

Efternavn	Fornavn	CPR-nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gade		
<input type="text"/>		
Postnummer	By	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1-3 Generel information om den person, der skal forsikres (Forsikrede)

Dette afsnit skal udfyldes af den person, der skal forsikres. Returner venligst den udfyldte formular til Zurich Eurolife S.A.'s Administrator

- Medlem af Diabetesforeningen siden år: Eller mere end 5 år siden Du **skal** være dækket under den obligatoriske ordning medlemsnr.
- Ønsket ikrafttrædelsesdato for denne gruppelivsforsikring: Dato: (dato/måned/år)
 01
- Forsikringsdækning (Afkryds venligst kun i ét felt)

<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	150.000
<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	300.000
<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	500.000
<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	1.000.000

Den forsikrede skal ligeledes besvare helbredsspørgsmål og underskrive på side 2 af denne formular.

Enhver ændring af denne formular, der er blevet udskrevet/downloadet fra internettet og/eller sendt elektronisk, er ikke tilladt. Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, forbeholder sig ret til at forlange yderligere information, hvis oplysningerne i denne formular er blevet ændret. Gruppelivsforsikringen etableres i Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, og er derfor indgået efter luxembourgsk lov.

Underskrivning:

Dato	Forsikredes underskrift	Evt. Forsikringstagers underskrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Helbredsoplysninger skal udfyldes af den person, der skal forsikres

4. Er du fuldt arbejdsdygtig? Ja Nej
5. Højde: cm Vægt? kg
6. Ryger du dagligt mere end 5 cigaretter/cigarer/piber? Ja Nej Hvis ja, hvor mange?
7. Drikker du dagligt mere end 2 genstande? Mænd!
Drikker du dagligt mere end 1 genstand? Kvinder! Ja Nej Hvis ja, hvor mange?
8. Skal du – **ud over din diabetesmedicin** – tage nogen som helst anden medicin for en tilstand, som din læge anser for at have indflydelse på din dødelighed? Ja Nej
9. Har du inden for de seneste 5 år gennemgået nogen som helst form for medicinsk behandling – **ud over diabetesbehandlingen** – i mere end 4 på hinanden følgende uger, hvilken din læge anser for at have indflydelse på din dødelighed før det fyldte 51. år? (af f.eks. læge, fysioterapeut, psykiater eller psykoterapeut osv.?) Ja Nej

Hvis du har besvaret spørgsmål 8 og/eller 9 med ja, anfør venligst detaljer på særskilt papir, som du afslutningsvis skal datere og underskrive og fremsende vedlagt denne begæring. Beskrivelsen skal indeholde oplysninger om, hvilke sygdomme, ulykker, forstyrrelser, lidelser og behandlinger der er foretaget. Fuldstændigt navn og adresse på læge/hospital, samt oplysninger om, hvornår og hvor længe tilstanden har været og evt. mén heraf.

10. Er din diabetesdiagnose stillet for mere end 10 år siden? Ja Nej
- Behandles du ved indtagelse af diabetesmedicin gennem munden? Ja Nej
- Behandles du ved insulinbehandling? Ja Nej
11. Følger du en diæt? Ja Nej Hvis nej, doserer du insulin efter din kost? Ja Nej
12. Går du til regelmæssig lægekontrol på grund af din diabetes (mindst to gange om året)? Ja Nej
13. Bliver din diabetes og enhver diabetesrelateret tilstand, såsom blodtryk, kolesterol, mikroalbuminuri, blodprop i hjertet, kredsløbsforstyrrelser eller enhver anden følgesygdom på grund af din diabetes, kontrolleret og om fornødent behandlet med tilfredsstillende resultat? (Noteret i din lægejournal). Ja Nej
14. Har dit blodsukkerniveau på noget tidspunkt i løbet af de sidste to år krævet akut lægehjælp og/eller de to sidste forelæggende HbA1c resultater været over 9 %. (noteret i din lægejournal)? Ja Nej

Jeg bekræfter med min nedenstående underskrift, at jeg har forstået alle spørgsmål og specielt i relation til spørgsmål 8,9,11,13 og 14 evt. har talt med min læge for at kunne besvare disse spørgsmål korrekt.

Underskrift og bekræftelse af forsikrede

Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted. Jeg giver samtykke til, at Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Samtykket/fuldmagten omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, har accepteret den ønskede forsikring. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, ønsker det. Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre selskaber og pensionskasser. Andre selskaber, pensionskasser samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Enhver ændring af denne formular, der er blevet udskrevet/downloadet fra internettet og/eller sendt elektronisk er ikke tilladt. Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, forbeholder sig ret til at forlange yderligere information, hvis oplysninger i denne formular er blevet ændret.

Sted

Dato (dag/måned/år)

Forsikredes underskrift

Individuel begæring om Gruppelivsforsikring Frivillig ordning for Ægtefæller eller samlevende Ikke Diabetiker

Skriv venligst tydeligt

Forsikrede

Efternavn	Fornavn	CPR-nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalitet	Nuværende beskæftigelse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gade		
<input type="text"/>		
Postnummer	By	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	Email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Forsikringstager (hvis anden ejer end forsikrede – krydsliv)

Efternavn	Fornavn	CPR-nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gade		
<input type="text"/>		
Postnummer	By	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1-3 Generel information om den person, der skal forsikres (Forsikrede)

Dette afsnit skal udfyldes af den person, der skal forsikres. Returner venligst den udfyldte formular til Zurich Eurolife S.A.'s Administrator

1. Medlem af Diabetesforeningen siden år:	<input type="text"/>	Eller mere end 5 år siden	<input type="text"/>	Du skal være dækket under den obligatoriske ordning medlemsnr	<input type="text"/>
2. Gift eller samlevende med Navn:		Medlemsnr.	<input type="text"/>	Siden år:	<input type="text"/>
3. Ønsket ikrafttrædelsesdato for denne gruppelivsforsikring:		Dato: (dato/måned/år)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Forsikringsdækning (Afkryds venligst kun i ét felt)	<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	<input type="text"/>	150.000
	<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	<input type="text"/>	300.000
	<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	<input type="text"/>	500.000
	<input type="checkbox"/>	(Engangsudbetaling ved forsikredes død)	DKK	<input type="text"/>	1.000.000

Den forsikrede skal ligeledes besvare helbredsspørgsmål og underskrive på side 2 af denne formular.

Enhver ændring af denne formular, der er blevet udskrevet/downloadet fra internettet og/eller sendt elektronisk, er ikke tilladt. Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, forbeholder sig ret til at forlange yderligere information, hvis oplysningerne i denne formular er blevet ændret. Gruppelivsforsikringen etableres i Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, og er derfor indgået efter luxembourgsk lov.

Underskrivning:

Dato	Forsikredes underskrift	Evt. Forsikringstagers underskrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Helbredsoplysninger skal udfyldes af den person, der skal forsikres

5. Er du fuldt arbejdsdygtig? Ja Nej
6. Højde: cm Vægt? kg
7. Ryger du dagligt mere end 10 cigaretter/cigarer/piber? Ja Nej Hvis ja, hvor mange?
8. Drikker du dagligt mere end 3 genstande? Mænd!
Drikker du dagligt mere end 2 genstande? Kvinder! Ja Nej Hvis ja, hvor mange?
9. Har du fået foretaget en AIDS test, der viste et positivt HIV resultat? Ja Nej
10. Har du inden for de seneste 5 år gennemgået nogen som helst form for medicinsk behandling i mere end 4 på hinanden følgende uger, hvilken din læge anser for at have indflydelse på din dødelighed før det fyldte 51. år? (af f.eks. læge, fysioterapeut, psykiater eller psykoterapeut osv.?) Ja Nej
11. Lider du i øjeblikket af helbredsproblemer eller følger efter ulykke eller legemsfejl? Ja Nej
12. Tager du receptpligtig medicin for nogen af de følgende tilstande, som din læge anser for at have indflydelse på dødelighed? Lipid profil (kolesterol/fedt i blodet), forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, nyresygdom, epilepsi, depression m.v. Ja Nej

Hvis du har besvaret spørgsmål 10 og/eller 11 og/eller 12 med ja, anfør venligst detaljer på særskilt papir, som du afslutningsvis skal datere og underskrive og fremsende vedlagt denne begæring.

Beskrivelsen skal indeholde oplysninger om, hvilke sygdomme, ulykker, forstyrrelser, lidelser og behandlinger der er foretaget. Fuldstændigt navn og adresse på læge/hospital, samt oplysninger om hvornår og hvor længe tilstanden har varet og evt. mén heraf.

Underskrift og bekræftelse af forsikrede

Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted. Jeg giver samtykke til, at Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Samtykket/fuldmagten omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, har accepteret den ønskede forsikring. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, ønsker det. Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre selskaber og pensionskasser. Andre selskaber, pensionskasser samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Enhver ændring af denne formular, der er blevet udskrevet/downloadet fra internettet og/eller sendt elektronisk er ikke tilladt. Zurich Eurolife S.A., Luxembourg, forbeholder sig ret til at forlange yderligere information, hvis oplysninger i denne formular er blevet ændret.

Sted

Dato (dag/måned/år)

Forsikredes underskrift