

Begæring om Ulykkesforsikring

Forsikringstager Ægtefælle/samlever	Navn		CPR-nr.			
	Fornavn	Efternavn		CPR-nr.		
	Adresse		Postnr. DK-	By		
Kontakt	Telefonnummer		E-mail			
Ikrafttrædelse / kontooplysninger	Ikrafttrædelsesdato den / 20		Bank oplysninger (til PBS eller tilbagebetaling)			
			Reg.nr	Konto		
Beskæftigelse Grunddækning			Forsikringstager		Ægtefælle/samlever	
	Beskæftigelse					
	Forsikringsdækning ønskes med dækning		Hele <input type="checkbox"/>	I fritiden <input type="checkbox"/>	Hele <input type="checkbox"/>	I fritiden <input type="checkbox"/>
Tilvalgsdækninger (nærmere beskrevet på s. 2)	Udvidet tandskade		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Behandlingsudgifter		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Svie og smerte		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Krisehjælp		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ændring af bopæl		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Motorcykel dækning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Forsikringssummer			Død: kr.		Død: kr.	
			Invaliditet: kr.		Invaliditet: kr.	
Særlig begunstigelse (se beskrivelse på s. 2)	Ønsker du, at evt. dødsfaldssum skal udbetales til ægtefælle subsidiært dine børn?		Ja <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	
	Hvis nej Anfør navn og CPR nr. på den/de begunstigede		Nej <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>	
Forsikrede børn og forsikringssummer	Fornavn – Efternavn		CPR nr.		Sum ved invaliditet	
	Fornavn – Efternavn		CPR nr.		Kr. _____	
	Fornavn – Efternavn		CPR nr.		Fast dødfaldssum Kr. 30.000	Farlig Sport Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Fornavn – Efternavn		CPR nr.			
Opsigelse	First Marine bemyndiges hermed til at opsiges min ulykkesforsikring i:					
	Selskab: _____		Policenr.: _____			
	Selskab: _____		Policenr.: _____			
	Udløbsdato: / 20		Jeg ønsker at gøre brug af kort opsigelse Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

Helbredsoplysninger	Jeg er sund og rask og besiddelse af normal førlighed, syn og hørelse	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Jeg lider eller har lidt, været undersøgt eller behandlet for sygdom eller andre lidelser:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Med nedenstående underskrift giver jeg samtidig samtykke til at First Marine må indhente oplysninger om mit helbred hos læger og lægelige institutioner. Helbredsoplysninger vil kunne bruges som vurdering under hvilke forudsætninger forsikringen kan indtegnes.	

SAMTYKKE SKEMA FOR DATABESKYTTELSE

Samtykke for dine personlige oplysninger

Dine personlig oplysninger

Vi, Lloyd's Insurance Company S.A. (i det følgende benævnt "Lloyd's Brussels") og evt. andre som er involveret i forsikringen beder om dit samtykke til at bruge de særlige kategorier af personoplysninger om dig nedenfor angivet i forbindelse med forsikringsdækningen.

Du behøver ikke give dit samtykke, og du kan trække dit samtykke tilbage til enhver tid ved at sende en e-mail til data.protection@lloyds.com (Uden at dette påvirker den retsmæssige behandling baseret på dit samtykke før tilbagetrækning). Ikke desto mindre, hvis du ikke giver dit samtykke, eller hvis du trækker dit samtykke tilbage, kan dette påvirke vores evne til at yde forsikringsdækning, som du vil drage fordel af og som muligvis forhindrer os i at dække eller behandle dine skader.

Samtykker du i brugen af data og oplysninger om dit helbred i forbindelse med din forsikringsdækning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

Andre folks detaljer, som du giver til os

Hvor du giver os detaljer om andre mennesker, vi og evt. andre som er involveret i forsikringen også har brug for deres samtykke til at bruge de særlige kategorier af personoplysninger om dem, der er beskrevet nedenfor i forbindelse med din forsikringsdækning. Vi har brug for dig til at bekræfte, at du har fået deres samtykke inden du giver os disse oplysninger, og at du har forsynet dem med et eksemplar af vores fortrolighedsmeddelelse jævnfør punkt 21 i forsikringsbetingelserne

Har du fået samtykke fra andre personer, hvis oplysninger du giver os i forbindelse med din forsikringsdækning til brugen af data og oplysninger om deres helbred i forbindelse med din forsikringsdækning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vær opmærksom på, at samtykke fra umyndige ikke er et krav.		

Har du givet en andre et eksemplar af vores fortrolighedsmeddelelse ifm. den information du har givet til os?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	-----------------------------

De oplysninger, du har givet, håndteres i overensstemmelse med bestemmelserne i den generelle databeskyttelsesforordning. Med henblik på at levere denne forsikring og til at håndtere eventuelle krav eller klager, der måtte opstå under den, kan det være nødvendigt at overføre visse oplysninger, du har givet til andre parter. Ved at underskrive dette forslag accepterer du, at en sådan overførsel kan foretages.

Kontakt os, hvis du har brug for flere oplysninger om, hvordan vi eller forsikringsselskabet bruger dine personlige oplysninger.

Underskrift	Dato	Forsikringstager	Dato	Ægtefælle/samlever

Særlig begunstigingelse

Særlig begunstigelseserklæring er kun nødvendig, hvis forsikringssummen i tilfælde af død skal tilfalde andre end nærmeste pårørende.

Nærmeste pårørende er defineret i forsikringsaftalelovens §105a – i korte træk som følger:

1. ægtefælle
2. samlever*
3. børn
4. arvinger

* En samlever omfattes af begrebet 'nærmeste pårørende', hvis samleveren lever sammen med den sikrede på fælles bopæl og venter, har eller har haft et fælles barn **eller** har levet sammen på den fælles bopæl i et ægteskabslignende forhold i de sidste 2 år før tidspunktet for sikredes død.

Tilvalgsdækninger – kort beskrivelse

Udvidet tandskade

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter, som følge af en tyggeskade forårsaget af uventet fremmedlegeme.

Behandlingsudgifter

I forbindelse med dækningsberettiget ulykkestilfælde dækker forsikringen behandlingsudgifter til fysioterapeut og kiropraktor. Udgifter er dækket indtil mængdegrad er fastsat, dog maksimalt i 12 måneder fra skadens opståen.

Krisehjælp

Forsikringen dækker udgifter akut krisepsykologisk hjælp til den sikrede som følge af traumatisk oplevelser når forsikrede udsættes for et ulykkestilfælde eller krig/terrorhandling.

Ændring af bolig

Hvis et ulykkestilfælde medfører mere end 5 % mén dækker forsikringen rimelige og nødvendige udgifter afholdt af forsikrede til ændring af bolig. Ændringen skal være nødvendige for, at forsikrede kan benytte boligen normalt og skal stå i forhold til det pådragne mén.

Motorcykel dækning

Forsikringen dækker kun som fører af motorcyklen nævnt i policen.

Forsikringen dækker kun ved invaliditet, når et ulykkestilfælde er direkte årsag til en invaliditetsgrad på mindst 20 %. Erstatningen beregnes på grundlag af 50 % af forsikringssummen.