



**BLANKET TIL ANSØGNING OM UDBETALING VED
UDVALGTE KRITISKE SYGDOMME**

**LÆGERNES
PENSIONSKASSE**

Jeg ansøger hermed om udbetaling ved udvalgte kritiske sygdomme:

Navn	
Cpr.nr.	
Adresse	

Jeg har fået konstateret følgende kritiske sygdom, sæt venligst kryds:			
A. Kræft (Malign tumor)	<input type="checkbox"/>	J. Muskelsvind	<input type="checkbox"/>
B. Større blodprop til hjertet (Stemi)	<input type="checkbox"/>	K. HIV-infektion som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte	<input type="checkbox"/>
C. Bypass-opererede tilfælde af koronarsklerose /Ballonudvidelse af kranspulsårer	<input type="checkbox"/>	L. AIDS	<input type="checkbox"/>
D. Hjertekirurgi /Hjerteklapplastik	<input type="checkbox"/>	M. Kronisk nyresvigt	<input type="checkbox"/>
E. Hjerneblødning/Blodprop i hjernen /Slagtilfælde/ Apopleksi	<input type="checkbox"/>	N. Større organtransplantation(er)	<input type="checkbox"/>
F. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (intrakranielt sakkulat aneurisme)	<input type="checkbox"/>	O. Parkinsons sygdom (Paralysis agitans)	<input type="checkbox"/>
G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv	<input type="checkbox"/>	P. Blindhed	<input type="checkbox"/>
H. Dissemineret sklerose	<input type="checkbox"/>	Q. Døvhed	<input type="checkbox"/>
I. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)	<input type="checkbox"/>	R. Svær sygdom i aorta (hovedpulsåren)	<input type="checkbox"/>

Sygdommen er diagnosticeret den (dato):
--

VEND



Jeg oplyser følgende om sygdommen:

Oplysningerne kan fx være hvilket hospital/sygehus og afdelinger, du har været behandlet på, samt hvornår og hvor længe du har været indlagt

Der er planlagt operation, hvis ja, hvilken:

Har du tidligere haft en af de udvalgte kritiske sygdomme? Sæt kryds: Nej Ja

Hvis ja, hvilken og hvornår:

På hvilket sygehus/hospital/afdeling er diagnosen stillet?

Hvis jeg er berettiget til forsikringssummen, bedes beløbet indsat på min konto:

Pengeinstitut: Reg.nr.: kt.nr.:

Jeg erklærer herved, at min besvarelse af ovenstående spørgsmål er fuldstændig sandfærdig, og at jeg ikke har fortiet noget. Jeg samtykker i, at Lægernes Pensionskasse kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringsselskaber og genforsikringsselskaber, som har eller vil få kendskab til min helbredstilstand, og at Lægernes Pensionskasse kan gøre disse bekendt med det til pensionskassen oplyste. De indhentede oplysninger gemmes elektronisk i medlemssystemet.

Dato:

Underskrift: