

## Vejledning om indhentning af helbredsoplysninger

28.09.2016

Forsikring & Pension  
Philip Heymans Allé 1  
2900 Hellerup  
Tlf. 41 91 91 91  
Fax 41 91 91 92  
fp@forsikringogpension.dk  
www.forsikringogpension.dk

Vores ref. ABS  
Sagsnr. GES-2016-00093  
DokID 377315

## Indhold

<b>1.</b>	<b>Introduktion til vejledningen .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.</b>	<b>Implementering af digital løsning .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2.</b>	<b>Definitioner.....</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Selskabers behov for indhentning af helbredsoplysninger - generelt.....</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Lovgivningen .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1.</b>	<b>Forsikrede har pligt til at afgive helbredsoplysninger om sin egen nuværende og tidligere helbredstilstand.....</b>	<b>7</b>
<b>3.2.</b>	<b>Lægers adgang til at videregive helbredsoplysninger .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3.</b>	<b>Selskabets adgang til at indhente, bruge og videregive helbredsoplysninger .....</b>	<b>8</b>
3.3.1.	Hvilke helbredsoplysninger må selskabet bruge?.....	8
3.3.2.	Selskabets oplysninger til kunden .....	9
3.3.3.	Særligt om helbredsattesten (FP 100) .....	9
3.3.4.	Særligt om sundhedsforsikringer og behovet for oplysninger fra lægen.....	10
<b>4.</b>	<b>Samtykkereglerne.....</b>	<b>12</b>
4.1.1.	Særligt om samtykke - børn under 15 år .....	13
4.1.2.	Særligt om samtykke - unge mellem 15 og 17 år.....	13
4.1.3.	Særligt om samtykke - afdøde.....	13
4.1.4.	Særligt om samtykke ved rejseforsikring .....	13
<b>5.</b>	<b>Procedurer for den praktiske indhentning af helbredsoplysninger.....</b>	<b>13</b>
<b>5.1.</b>	<b>Samtykker – hvordan indhentes samtykker? .....</b>	<b>14</b>
<b>5.2.</b>	<b>Digital underskrift.....</b>	<b>14</b>
<b>5.3.</b>	<b>Anmodningsblanketter .....</b>	<b>14</b>
5.3.1.	Selskabets pligt til at begrunde anmodninger .....	15
5.3.2.	Indhentning af helbredsoplysninger, der ligger mere end 5 år forud for tegningstidspunktet – skærpet pligt til begrundelse (FP 605) .....	15
5.3.3.	Indhentning af helbredsoplysninger, der ligger mere end 5 år forud for skadestidspunktet – skærpet pligt til begrundelse (FP 608, 609, 612) .....	15
5.3.4.	Særligt om auto/ansvar og arbejdsskadeforsikringer (FP 609) .....	15
5.3.5.	Særligt om indhentning af oplysninger om afdøde (FP 612).....	16
<b>5.4.</b>	<b>Forsikringsattester .....</b>	<b>16</b>
<b>5.5.</b>	<b>Tidsgrænser i attesterne.....</b>	<b>17</b>
<b>5.6.</b>	<b>Vedlæggelse af journalmateriale .....</b>	<b>17</b>

<b>5.7.</b>	<b>Selskabet sender blanket og samtykke til relevant behandler .....</b>	<b>17</b>
<b>5.8.</b>	<b>Selskabet orienterer forsikrede om, at der indhentes oplysninger .....</b>	<b>17</b>
<b>5.9.</b>	<b>Lægens svar .....</b>	<b>18</b>
<b>6.</b>	<b>Lægens rolle og pligter .....</b>	<b>18</b>
6.1.1.	Ved tvivl om samtykkets afgivelse .....	19
6.1.2.	Ved tvivl om, hvilke oplysninger selskabet anmoder om .....	19
6.1.3.	Lægens rolle i særlige situationer – ret til indsigt .....	19
6.1.4.	Lægens rolle i særlige situationer – oplysninger om afdøde .....	19
<b>7.</b>	<b>Fakturering .....</b>	<b>19</b>
<b>7.1.</b>	<b>Krævede betalingsoplysninger .....</b>	<b>20</b>
<b>Bilag A:</b>	<b>Oversigt over alle aftalte blanketter .....</b>	<b>21</b>

## **1. Introduktion til vejledningen**

Vejledningen udmønter aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension om attester og helbredsoplysninger m.v., som trådte i kraft pr. 1. april 2016. Aftalen og denne vejledning gælder ikke, hvis der forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af en attest eller anmodningen om helbredsoplysninger mv. er indgået anden aftale mellem forsikrings- eller pensions-selskabet og lægen.

Aftalen og vejledningen er således ikke bindende for Lægeforeningen og Forsikring & Pensions medlems-selskaber, og den hindrer ikke, at forsikrings-selskaber og læger individuelt kan indgå aftale – eventuelt via en ekstern leverandør – om attester og helbredsoplysninger mv. på andre vilkår end dem, der følger af aftalen og denne vejledning.

Vejledningen beskriver de procedurer, der gælder i medfør af nævnte aftale. Den har desuden til formål at give praktisk vejledning i brugen af de blanketter, som er en del af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Vejledningen forholder sig ikke til de situationer, hvor forsikrings-selskaber og læger individuelt har indgået aftale om attester og helbredsoplysninger på andre vilkår end dem, der fremgår af nævnte aftale.

Vejledningen henvender sig til Lægeforeningens medlemmer og Forsikring & Pensions medlems-selskaber, herunder til sagsbehandlere i forsikrings-selskaber og pensionskasser, der i forbindelse med nytegning og/eller skadesbehandling håndterer selskabernes brug af helbredsoplysninger, når dette sker i medfør af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension. Vejledningen kan inddrages i arbejdet med selskabernes tilrettelæggelse af interne arbejdsgange.

Vejledningen har ligeledes til formål at vejlede lægerne om deres rolle i forbindelse med forsikrings-selskabernes og pensionskassernes indhentning af helbredsoplysninger, når dette sker i medfør af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Når et forsikrings-selskab/en pensionskasse (herefter: selskaberne) indhenter attester og helbredsoplysninger mv. i henhold til nævnte aftale, sker det på baggrund af blanketter aftalt mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension. Der er aftalt flere forskellige blanketter til brug i forskellige situationer og ved forskellige forsikringstyper.

Procedurer for indhentning af helbredsoplysninger baserer sig på de gældende regler i lovgivningen samt nævnte aftale mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension om attester og helbredsoplysninger mv.

Vejledningen er udarbejdet i samarbejde mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

### **1.1. Implementering af digital løsning**

I 3. kvartal 2016 får de første forsikrings- og pensions-selskaber og de første lægeklinikker adgang til en digital løsning, som gør, at udvekslingen af oplysninger mellem selskab og læge fremover kan foregå digitalt. Den digitale løsning betyder, at der vil være to måder, hvorpå selskaber og læger kan udveksle oplysninger – pr. post og digitalt. Vejledningen beskriver, hvis der er forhold, som er særligt gældende, når der udveksles oplysninger digitalt.

For de læger, som har adgang til en digital løsning, er Forsikring & Pension og Lægeforeningen enige om, at såfremt selskabet sender en digital anmodning til lægen, besvarer lægen også anmodningen digitalt. Såfremt selskabets anmodning sker med post, besvarer lægen også anmodningen med post.

For mere information om den digitale løsning henvises selskaberne til udbyderen af it-løsningen, mens lægerne henvises til sin it-leverandør og eventuelt Lægeforeningens Attestudvalg.

## **1.2. Definitioner**

I aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension og i denne vejledning anvendes følgende begreber:

Egen læge: Forsikringsøgende eller skadelidtes alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge/sygehuslæge.

Egenlægeattester: Attester, som alene kan udfyldes af forsikringsøgendes eller skadeslidtes alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge/sygehuslæge. Attesternes indhold og honorar er godkendt af Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Andre attester: Attester, som kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund. Attesternes indhold er godkendt af Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Aftalen indeholder – ud over ovennævnte attester – også følgende blanketter:

Anmodningsblanketter, jf. afsnit 5.3.

Samtykkeerklæringer, jf. afsnit 4.

Lægens svar (FP 610), jf. afsnit 5.9.

## 2. Selskabers behov for indhentning af helbredsoplysninger - generelt

Et selskab kan have brug for at indhente helbredsoplysninger i forbindelse med:

- Oprettelse af en helbredsbetingset forsikring eller optagelse i en pensionsordning.
- Ændringer i et bestående forsikringsforhold.
- Anmeldelse af en forsikringsbegivenhed.

Ved oprettelse af en forsikring eller optagelse i en pensionsordning og ved ændringer i et bestående forsikringsforhold indhenter selskabet med samtykke de helbredsoplysninger, som efter selskabets vurdering er relevante for at vurdere forsikringsrisikoen inden for lovens rammer. Som eksempel på en ændring i forsikringstiden kan nævnes en forhøjelse af forsikringsdækningen. Til indhentning af helbredsoplysninger til brug for tegning af eller ændringer i en forsikring eller pensionsordning kan FP 601 og FP 606 (børn) bruges.

Ved en anmeldelse af en forsikringsbegivenhed indhenter selskabet med samtykke de helbredsoplysninger, som efter selskabets vurdering er nødvendige for, at selskabet kan fastsætte den korrekte forsikringsudbetaling, eller for at selskabet kan vurdere, om en forsikringsbegivenhed er dækningsberettiget. Som eksempler på forsikringsbegivenheder kan nævnes ulykke, sygdom, tab af erhvervssevne og invaliditet. Et eksempel på en forsikringsbegivenhed i forbindelse med sundhedsforsikringer er mistanke om sygdom eller lidelse i form af symptomer, der kræver undersøgelse og/eller behandling ved speciallæge eller anden terapeutisk behandling som fx fysioterapi og psykologsamtaler.

Hvis de indhentede oplysninger fra lægen eller hospitalet eller skadens karakter giver anledning til tvivl om årsagssammenhængen mellem skaden og den ønskede dækning, kan selskabet vælge at indhente yderligere oplysninger om forud bestående lidelser og tidligere skader. Dette sker via FP 602 og FP 607 (børn).

## 3. Lovgivningen

Selskabernes indhentning og brug af helbredsoplysninger og lægernes videregivelse af disse er reguleret i flere forskellige love og bekendtgørelser, som varetager forskellige formål og beskyttelseshensyn. Disse lovregler gælder uanset, om indhentningen og videregivelsen sker inden for eller uden for nævnte aftale mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension, og uanset om indhentningen og videregivelsen sker digitalt eller med post.

Lidt firkantet sagt regulerer sundhedsloven, hvordan helbredsoplysninger fra sundhedsvæsenet (læger) videregives til andre (selskaber), mens forsikringsaftaleloven (FAL) og erstatningsansvarsloven (EAL) og til dels persondataloven (PDL) regulerer, hvilke oplysninger selskaberne må få og bruge. FAL regulerer ligeledes, at selskaberne kun må give afslag på tegning af forsikring, hvis der er en saglig grund hertil. Endelig regulerer lov om finansiel virksomhed (FIL), hvilke oplysninger selskaberne må videregive. Persondataloven (PDL) indeholder desuden generelle bestemmelser om behandling af personhenførbare oplysninger, herunder helbredsoplysninger.

De væsentligste love er dermed følgende:

- Forsikringsaftaleloven og erstatningsansvarsloven (forsikredes pligter og rettigheder samt selskabets krav på at få oplysningerne og anvende dem)
- Lov om finansiel virksomhed (FIL) (selskabets behandling af oplysninger og videregivelse til andre – persondatalovens regler finder ikke altid anvendelse, da FIL på nogle områder giver den registrerede en bedre retsstilling)
- Sundhedsloven (lægers tavshedspligt, herunder videregivelses- og indhentningsreglerne, patientrettigheder, herunder aktindsigt, selvbestemmelsesret, mindreåriges og afdødes rettigheder, patientinddragelse mv.)
- Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed mv. (autorisationsloven) (lægers pligter, herunder journalføringsregler og udfærdigelse af blanketter (erklæringer) mv.)

- Persondataloven (PDL) indeholder generelle bestemmelser om behandling af personhenførbare oplysninger, herunder helbredsoplysninger. Persondataloven regulerer, at der ikke må indsamles flere oplysninger om den enkelte borger, end hvad der er relevant og tilstrækkeligt for opfyldelsen af de saglige formål, til hvilke oplysningerne indhentes.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension har indgået aftale om, at selskabernes indhentning af helbredsoplysninger ved brug af de aftalte blanketter baserer sig på sundhedslovens regler om videregivelse (sundhedslovens kapitel 9).

I det følgende er de centrale bestemmelser beskrevet med fokus på selskabets og lægens rolle, herunder:

- Forsikredes pligt til at afgive helbredsoplysninger
- Lægens adgang til at videregive oplysningerne, herunder lægens pligter og rolle
- Selskabets adgang til at indhente og bruge oplysningerne, herunder selskabets pligter
- Samtykkekrav

### **3.1. Forsikrede<sup>1</sup> har pligt til at afgive helbredsoplysninger om sin egen nuværende og tidligere helbredstilstand**

Forsikrede har pligt til at afgive helbredsoplysninger til selskabet om sin egen nuværende og tidligere helbredstilstand. Denne pligt er reguleret i forsikringsaftaleloven (FAL) og erstatningsansvarsloven (EAL). Pligten modsvarer af den forsikredes ret til at få erstatning, compensation, udbetaling eller eventuel behandling eller undersøgelse, hvis der er dækning. Forsikringsdækningen er altid bestemt af den konkrete forsikringsaftale.

Ved oprettelse af en forsikring eller en pensionsordning har forsikrede pligt til at afgive rigtige og fyldestgørende oplysninger. Sker det ikke, kan det medføre, at forsikringen ikke dækker et krav om eksempelvis erstatning fra forsikrede<sup>2</sup>.

Når forsikrede fremsætter krav om eksempelvis erstatning, skal selskabet have stillet alle nødvendige oplysninger til rådighed, der kan have betydning for selskabets vurdering af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af erstatningens størrelse<sup>3</sup>.

Selskabet må dog ikke anmode om at indhente og modtage eller bruge oplysninger, som belyser en persons arveanlæg og risiko for i fremtiden at udvikle sygdomme, jf. afsnit 3.3.1.

Selskabet skal i henhold til persondataloven (PDL) foretage en afvejning, så der ikke indhentes og registreres flere oplysninger om den forsikrede, end hvad der er nødvendigt.

### **3.2. Lægers adgang til at videregive helbredsoplysninger**

Lægers adgang til at videregive helbredsoplysninger er reguleret i sundhedslovens kapitel 9. Sundhedsloven indeholder regler om indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger samt aktindsigt i patientjournaler mv. Når selskaber indhenter helbredsoplysninger ved brug af aftalte erklæringer, er der indgået aftale mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension om, at procedurerne baseres på sundhedslovens regler om videregivelse.

Sundhedslovens videregivelsesregler regulerer sundhedspersoners<sup>4</sup> adgang til at videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

---

<sup>1</sup> Vi bruger begrebet "forsikrede" gennem hele vejledningen, selvom der i visse tilfælde kan være tale om fx skadelidte og forsikringsøgende.

<sup>2</sup> FAL §§ 4-7.

<sup>3</sup> FAL § 22.

Videregivelse af helbredsoplysninger til brug for andre formål end patientbehandling må som altovervejende hovedregel kun ske med forsikredes skriftlige samtykke<sup>5</sup>. Lægen skal derfor sikre, at forsikrede har givet skriftligt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Lægen skal desuden sikre, at der er overensstemmelse mellem rækkevidden af forsikredes samtykke og de oplysninger, som selskabet anmoder om.

Lægen er forpligtet til at indføre samtykket i patientjournalen, jf. sundhedslovens § 44, stk. 1, og journalføringsreglerne<sup>6</sup>.

### **3.3. Selskabets adgang til at indhente, bruge og videregive helbredsoplysninger**

Selskabet må kun indhente helbredsoplysninger fra læger om forsikrede med dennes samtykke. Kravene til samtykket er gennemgået i et selvstændigt afsnit nedenfor.

Selskabet skal i henhold til persondataloven foretage en afvejning, så der ikke indhentes og registreres flere oplysninger om den forsikrede, end hvad der er relevant og tilstrækkeligt, og selskabet må kun bede lægen om at videregive oplysninger, der er relevante for selskabets behandling af den konkrete sag.

Selskabet må således ikke i forbindelse med behandling af en ansøgning om forsikring eller behandling af en anmeldelse af en forsikringsbegivenhed anmode om kopi af den "fulde journal", men skal altid konkret angive hvilke helbredsoplysninger, der er relevante.

Selskabet foretager vurderingen af, hvilke oplysninger der er relevante for behandlingen af sagen.

Helbredsoplysninger om forsikrede er nødvendige for, at selskabet kan vurdere den forsikringsmæssige risiko ved oprettelse af en forsikring/optagelse i en pensionskasse. Helbredsoplysninger er også helt afgørende for, at et selskab kan vurdere, om forsikrede er berettiget til en eventuel udbetaling, og om forsikringsbegivenheden er dækningsberettiget. Særligt gælder det for sundhedsforsikringer, at selskaberne har et specifikt behov for indsigt i lægens vurdering af forsikredes behov for behandling eller en undersøgelse – se afsnit 3.3.4 for nærmere gennemgang heraf.

Forsikringsaftaleloven afgrænser i øvrigt, hvilken type helbredsoplysninger selskabet må bruge ved oprettelse af en forsikring, jf. afsnit 3.3.1.

Selskabernes adgang til at videregive helbredsoplysninger om forsikrede reguleres af tavshedspligts- og videregivelsesreglerne i kapitel 9 i FIL. Selskaberne må ikke videregive helbredsoplysninger uden samtykke fra den, som helbredsoplysningerne vedrører. Videregivelsesreglerne i FIL er særregler, som på dette område går forud for persondatalovens regler, da den registrerede (forsikrede) har en bedre retstilling efter reglerne i FIL.

#### **3.3.1. Hvilke helbredsoplysninger må selskabet bruge?**

Forsikringsaftaleloven regulerer, hvilke helbredsoplysninger selskabet må og ikke må bruge i vurderingen af den pågældende persons forsikringsrisiko<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Sundhedslovens § 6.

<sup>5</sup> Sundhedslovens § 43 og § 44.

<sup>6</sup> Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Kapitel 6 og bekendtgørelse 2013-01-02 nr. 3 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.).

<sup>7</sup> FAL § 3 a: "Selskabet må ikke i forbindelse med eller efter indgåelse af aftaler efter denne lov anmode om at indhente eller modtage og bruge oplysninger, der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme, herunder kræve undersøgelser, som er nødvendige for at tilvejebringe sådanne oplysninger. Det gælder dog ikke oplysninger om den pågældendes nuværende eller tidligere helbredstilstand".



#### *Hvilke oplysninger må selskabet gerne bruge?*

Selskabet må gerne anmode om, indhente, modtage og bruge oplysninger om en persons nuværende eller tidligere sygdomme og kontakter til læge eller andre behandlere, herunder fx oplysninger om forebyggende undersøgelser hos læger eller sygehuse, hvis kontrollerne vedrører sygdomme, som forsikringstageren tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.

Da forbuddet i forsikringsaftalelovens § 3a ikke gælder i forhold til forsikredes aktuelle eller tidligere helbredstilstand, må selskabet gerne modtage oplysninger om en diagnose, der er stillet på baggrund af fx en DNA-test, hvis diagnosen dokumenterer forsikredes aktuelle eller tidligere helbredstilstand, men selskabet må ikke i øvrigt anvende DNA-testen.

Har en screeningundersøgelse vist aktuelle symptomer på sygdom, kan oplysningerne herom godt indhentes, modtages og bruges. Resultater af screeningundersøgelser gennemført som opfølgning på tidligere sygdomsforløb kan også indhentes, modtages og anvendes.

Almindelige screeningundersøgelser eller undersøgelser foretaget på grund af mistanke om aktuelle symptomer på arveligt betingede sygdomme kan godt indhentes.

#### *Hvilke oplysninger må selskabet ikke bruge?*

Selskabet skal sikre, at der ikke i forbindelse med indgåelse af forsikrings- og pensionsaftaler anmodes om, indhentes eller modtages og bruges oplysninger, der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme. Forbuddet omfatter alle oplysninger, der ikke vedrører undersøgtes aktuelle eller tidligere helbredstilstand, men som siger noget om den pågældendes arveligt betingede risiko for i fremtiden at udvikle eller pådrage sig sygdomme.

Selskabet må heller ikke spørge om, hvorvidt den pågældende tidligere har fået foretaget en "prædiktiv" undersøgelse. Forbuddet omfatter i praksis fx DNA-analyser, undersøgelse af proteinstoffer, blodtypeundersøgelser, vævstypeundersøgelser, fremtoningspræg eller andre undersøgelser, der udføres med henblik på at bedømme en i den pågældende henseende rask persons arveligt betingede risiko for senere at blive syg. Selskabet må heller ikke kræve undersøgelser, som er nødvendige for at tilvejebringe sådanne oplysninger.

Selskabet ikke må indhente resultat af screeningundersøgelser, der er foretaget i forbindelse med udredning af en arveligt betinget risiko for at udvikle en sygdom. Forbuddet indebærer også, at der ikke specifikt må anmodes om oplysninger om forebyggende screeningundersøgelser for arveligt betingede sygdomme, hvor undersøgelsen alene har vist en arveligt betinget risiko for at udvikle en sygdom.

Selskabet må pr. 1. juli 2016 ikke anmode om, indhente eller modtage og bruge oplysninger om andre personers, fx slægtnings, aktuelle eller tidligere helbredstilstand ved forsikrings- og pensionstegning mv. Dette gælder ved indgåelse af nye aftaler og ved ændringer i eksisterende aftaler.

### **3.3.2. Selskabets oplysninger til kunden**

Når selskaberne har brug for en attest, skal de oplyse kunden om, at denne skal bestille tid hos en læge til udfyldelse af attesten. I den forbindelse skal selskabet gøre det klart for kunden, at denne ved tidsbestillingen skal oplyse om, hvilken attest der ønskes udfyldt. Kun på den måde kan lægen afsætte tilstrækkelig tid til at udfylde attesten.

### **3.3.3. Særligt om helbredsattesten (FP 100)**

Som beskrevet i afsnit 3.3.2 skal selskabet fortælle kunden, hvad denne skal gøre for at få udfyldt en given attest. Særligt i forhold til FP 100 gælder det, at selskabets oplysninger til kunden supplerer den tilsvarende oplysning, som findes på attestens første side under overskriften "Til forsikringssøgende".

Selskabet skal fortsat forhåndsudfylde linjen "Til lægen" på attestens første side i det omfang, lægen skal fokusere på noget specielt ved udfyldelsen. Uanset om selskabet har forhåndsudfyldt denne linje eller ej, skal lægen udfylde hele attesten.

Lægen udfylder attesten i lægens IT-system, printer attesten, får patientens underskrift på attesten og sender den til forsikrings- eller pensions-selskabet. På den måde sikres det, at lægen har nemt ved at udfylde attesten, og at selskabet ikke får problemer med at læse svarene.

Hvis lægen modtager anmodningen om FP 100 digitalt, udfylder og sender lægen FP 100 digitalt. I den digitale løsning, som er udviklet af Forsikring & Pension er der indbygget en funktion, der sikrer, at patienten efterfølgende underskriver attesten, inden den sendes videre til selskabet.

Det er afgørende for selskabernes vurdering af kundens dækning, at attesten er udfyldt fyldestgørende, og at der er vedlagt eventuelt relevant materiale, som kan supplere de svar, som lægen har givet i attesten. Det kan fx være lægebrev, udskrivningsbrev, laboratoriesvar eller andre relevante journaluddrag. Det materiale, som lægen vedlægger, skal supplere - og ikke dokumentere - de svar, som lægen har givet i attesten. På den måde sikres det, at selskaberne får en fyldestgørende attest og det relevante materiale samtidig med, at lægen ikke skal bruge unødvendige ressourcer på at vedlægge materiale, som blot dokumenterer de svar, som lægen har skrevet i attesten. Lægen skal kun bruge tid på at vedlægge materiale, som supplerer svarene i attesten.

#### **3.3.4. Særligt om sundhedsforsikringer og behovet for oplysninger fra lægen**

Selskaberne kan også have brug for at indhente helbredsoplysninger, hvis forsikrede ønsker at gøre brug af sin sundhedsforsikring. Selskabet kan i forbindelse med sundhedsforsikringer have behov for oplysninger i form af:

- A. En kopi af en henvisning til behandling eller undersøgelse i det offentlige
- B. En læges vurdering af forsikredes behov for en behandling eller en undersøgelse (psykolog uden om den offentlige sygesikring, diætistbehandling og kiropraktorbehandling)
- C. Yderligere relevante journaloplysninger

Disse oplysninger er nødvendige for, at selskabet kan vurdere, om en behandling eller en undersøgelse er dækket af den pågældendes sundhedsforsikring. Nedenfor er beskrevet, hvordan sundhedsforsikrings-selskaberne indhenter de forskellige typer af oplysninger.

#### **Overordnet om sundhedsforsikringsattesten**

Sundhedsforsikringsattesten må kun udfyldes på skriftlig foranledning af sundhedsforsikrings-selskabet, eller hvis forsikrede møder op med attesten.

Lægen honoreres kun, hvis sundhedsforsikrings-selskabet har bedt om, at attesten skal udfyldes. De fleste selskaber betaler ikke for attester, som de ikke har bedt om, jf. forsikringsbetingelserne. Det betyder, at regningen ender hos forsikrede, hvis lægen har udfyldt attesten uden, at selskabet har bedt om det.

Selskaberne har forskellig praksis for, hvordan de formidler deres ønske om, at lægen udfylder attesten. Dette kan fx ske ved, at selskabet sender et brev eller en mail til forsikrede om, at denne bør kontakte egen læge for at få udfyldt attesten. Andre selskaber giver telefonisk forsikrede besked om, at denne skal printe attesten og få egen læge til at udfylde den. Andre selskaber sender en digital anmodning om udfyldelse af sundhedsforsikringsattesten.

Det er i alle tre tilfælde forsikredes opgave at sørge for at bestille tid hos lægen og få udfyldt attesten af lægen. Lægen sender herefter attesten og regningen på det aftalte beløb til selskabet. Hvis lægen har modtaget anmodningen om udfyldelse af attesten digitalt, udfylder og sender lægen attesten digitalt.

Attesten må ikke bruges i de tilfælde, hvor en sundhedsforsikret udtrykker uenighed med lægens vurdering og "kræver" en henvisning eller en lægelig vurdering, fordi forsikrede har en sundhedsforsikring. I disse tilfælde opfordrer vi lægen til at bede forsikrede om at kontakte dennes sundhedsforsikringselskab.

Attesten er i udgangspunktet en fremmødeattest, som lægen udfylder sammen med forsikrede. Hvis selskabet eller forsikrede ønsker, at lægen skal udfylde attesten uden, at forsikrede er til stede imens, skal forsikringselskabet medsende forsikredes skriftlige samtykke.

### A. Kopi af henvisning

Lægelig henvisning kan kun ske til ydelser, hvortil der kan henvises i offentligt regi. Det vil sige til sygehus, speciallæge (inkl. speciallæge uden offentlig overenskomst), psykolog (dog kun i bestemte tilfælde) og fysioterapeut.

Lægens beslutning om at udstede en henvisning må ikke påvirkes af, hvorvidt forsikrede ønsker at benytte sig af et offentligt behandlings- eller undersøgelsestilbud eller bruge sin sundhedsforsikring. Hvis forsikrede ønsker at gøre brug af sin sundhedsforsikring, er det normen i branchen, at selskabet lægger en lægelig henvisning til grund for vurderingen af, om forsikredes sundhedsforsikring dækker den ønskede undersøgelse og/eller behandling. Dette betyder ofte, at selskabet indhenter en kopi af den lægelige henvisning.

Selskabet vil oftest bede forsikrede selv om at indsende en kopi af henvisningen. Forsikrede har her flere muligheder:

- Hvis forsikrede **under** konsultationen, hvor henvisningen udstedes, oplyser, at en sundhedsforsikring ønskes bragt i anvendelse, får forsikrede kopi af henvisningen med. Der opkræves ikke særskilt honorar fra forsikrede. Henvisningen lægges stadig om muligt ud på RefHost/Henvisningshotellet, så behandleren kan hente den.
- Hvis forsikrede **efter** konsultationen, hvor henvisningen blev udstedt, finder ud af, at han vil gøre brug af sin sundhedsforsikring, kan han vælge at hente sine aktuelle og historiske henvisninger på sundhed.dk gratis. Forsikrede kan også vælge at kontakte lægen, som udskriver en kopi af henvisning og giver den til forsikrede. Udskrivning af henvisning er i dette tilfælde sygesikringen uvedkommende, og honoraret afregnes privat af forsikrede. Det er afgørende, at der er tale om en kopi, og at henvisningen fortsat er tilgængelig for behandlerne via Refhost/Henvisningshotellet.

Selskabet kan vælge selv at indhente kopi af en henvisning direkte hos lægen. Dette vil dog i praksis ske sjældent. Selskabet har her flere muligheder:

- Hvis selskabet **kun** ønsker en kopi af henvisningen, skal selskabet gøre brug af FP 608. Selskabet skal vedlægge forsikredes skriftlige samtykke. FP 608 giver mulighed for samtidig at indhente kopi af relevante dele af forsikredes journal.
- Hvis selskabet **samtidig** ønsker lægens svar på de aftalte spørgsmål om forsikredes helbredstilstand, skal selskabet anvende sundhedsforsikringsattesten.

### B. Lægelig vurdering af undersøgelses- og behandlingsbehov

Lægelig vurdering af patientens behov for undersøgelse eller behandling kan foretages af enten en alment praktiserende læge, en speciallæge eller af selskabets lægekonsulent. I sidstnævnte tilfælde kan vurderingen ske på baggrund af oplysningerne i en sundhedsforsikringsattest.

Den aftalte sundhedsforsikringsattest anvendes, hvis selskabet har behov for en lægelig vurdering af forsikredes undersøgelses- eller behandlingsbehov, **hvis** det drejer sig om:

- Psykologhjælp uden om den offentlige sygesikring (spørgsmål 4b)
- Behandling hos diætist (spørgsmål 4c)
- Behandling hos kiropraktor (spørgsmål 4d).

Der kan ikke udstedes en lægehenviisning til disse tre behandlingsformer. Selskabet kan derfor via attesten indhente egen læges vurdering af patientens behov for de tre behandlingsformer.

I disse tilfælde skal hele attesten udfyldes. Det er altså ikke nok, at lægen besvarer det konkrete spørgsmål.

I mange tilfælde foretager sagsbehandleren i selskabet en vurdering af, om den ønskede undersøgelse eller behandling er dækningsberettiget. Det sker på baggrund af de helbredsoplysninger, som selskabet har indhentet fra forsikrede og/eller forsikredes egen læge. Det kan også i nogle tilfælde være nødvendigt at inddrage selskabets lægekonsulent i vurderingen. For at en undersøgelse eller behandling er dækningsberettiget skal det – som oftest – være sandsynligt, at der er udsigt til væsentlig og varig bedring.

### **C. Yderligere helbredsoplysninger**

I enkelte tilfælde kan selskabet have behov for at indhente yderligere helbredsoplysninger. Dette kan fx være tilfældet, hvis der er tvivl om årsagssammenhængen, eller hvis det skal afklares, om der er tale om forudbestående eller kroniske lidelser.

Når selskabet indhenter yderligere helbredsoplysninger fra forsikredes læge, sker dette via den aftalte sundhedsforsikringsattest. Hvis selskabet indhenter oplysningerne direkte fra forsikredes læge uden, at forsikrede er til stede, når lægen udfylder attesten, skal selskabet vedlægge forsikredes samtykke til, at lægen må videregive oplysningerne.

Hvis selskabet har brug for en kopi af dele af forsikredes journal, skal selskabet indhente denne via FP 608. Selskabet skal vedlægge forsikredes samtykke. Dette vil forekomme sjældent.

## **4. Samtykkereglerne**

Selskabet må kun indhente helbredsoplysninger, hvis forsikrede har givet sit skriftlige samtykke hertil. Selskabet skal derfor indhente forsikredes samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger, før selskabet henvender sig til lægen.

Sædvanligvis er det forsikrede selv, der indhenter oplysninger, og det er derfor sædvanligvis forsikrede selv, der skal afgive samtykket. Det er dog ikke altid tilfældet med rejseafbestillingsforsikringer, hvor det eksempelvis kan være sygdom hos et familiemedlem til forsikrede, der er årsag til en aflysning eller en afbrydelse af en rejse. I det tilfælde er det familiemedlemmet, der skal afgive samtykket til indhentning af helbredsoplysninger.

Samtykket afgives altid af den person, som der indhentes oplysninger om, jf. dog afsnit 4.1.1 og 4.1.2 om børn og unge samt afsnit 4.1.3 om afdøde.

Et samtykke skal være skriftligt, informeret og frivilligt og indeholde oplysninger om, hvilken type oplysninger, der må videregives til hvem og til hvilket formål.

Et samtykke er gyldigt i et år. Inden for denne periode vil selskabet kunne benytte samtykket, hver gang selskabet indhenter helbredsoplysninger til brug for den samme forsikrings sag.

Har forsikrede afgivet samtykke i forbindelse med tegning af forsikringen, må dette samtykke ikke benyttes til at indhente helbredsoplysninger i forbindelse med en forsikringsbegivenhed. Dette gælder også, selvom forsikringsbegivenheden indtræder under et år efter, at det oprindelige samtykke er afgivet af forsikrede.

Selvom samtykket i udgangspunktet er gyldigt i et år, kan forsikrede tilbagekalde samtykket til enhver tid. Forsikrede skal i så fald meddele selskabet, at samtykket ønskes tilbagekaldt. Muligheden for at tilbagekalde samtykket fremgår af samtykkeerklæringen.

Konsekvensen af at tilbagekalde et samtykke kan være, at selskabet ikke kan færdigbehandle sagen og dermed heller ikke udbetale erstatning.

#### **4.1.1. Særligt om samtykke - børn under 15 år**

Det er selskabets ansvar at sikre, at samtykket er behørigt underskrevet af forældremyndighedsindehaver/-ne. Selskabet står over for den praktiserende læge inde for, at dette er tilfældet.

Ved fælles forældremyndighed skal begge forældremyndighedsindehavere underskrive samtykket, eller der skal foreligge en fuldmagt fra den ikke-underskrivende forældremyndighedsindehaver til, at den underskrivende part er berettiget til at give samtykke på begge forældremyndighedsindehaveres vegne.

#### **4.1.2. Særligt om samtykke - unge mellem 15 og 17 år**

Unge mellem 15 og 17 år har efter sundhedsloven selvbestemmelsesret og samtykkekompetence til at videregive helbredsoplysninger.

Er en forsikringstager fyldt 15 år, og har vedkommende personlige forudsætninger for at forstå indholdet i og konsekvenserne af et givet samtykke, kan forsikringstageren selv afgive samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til selskabet.

Hvis en patient på 15-17 år ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan indehaveren af forældremyndigheden give samtykke til videregivelsen.

De unge mellem 15 og 17 år, der selv er i stand til at afgive samtykke, skal anvende FP 601 og FP 602. De unge mellem 15 og 17 år, som ikke selv er i stand til at afgive samtykke, skal anvende FP 606 og FP 607.

#### **4.1.3. Særligt om samtykke - afdøde**

Det er selskabets ansvar at sikre, at samtykket er behørigt underskrevet af den/de berettigede, jf. sundhedslovens § 45. Selskabet står over for den praktiserende læge inde for, at dette er tilfældet.

#### **4.1.4. Særligt om samtykke ved rejseforsikring**

Hvis forsikredes rejseforsikring dækker ved afbestilling af en rejse eller ved hjemkaldelse fra en rejse, fordi fx et af forsikredes familiemedlemmer er blevet syg, vil selskabet typisk have brug for helbredsoplysninger om det pågældende familiemedlem.

I den situation skal familiemedlemmet – og ikke forsikrede selv – give samtykke til, at selskabet indhenter helbredsoplysninger.

### **5. Procedurer for den praktiske indhentning af helbredsoplysninger**

Når selskabet har indhentet det relevante samtykke, må selskabet indhente de helbredsoplysninger, som efter selskabets vurdering er relevante for, at selskabet kan bedømme den forsikringsmæssige risiko eller fastsætte en eventuel udbetalings størrelse. Det samme gælder, hvis selskabet skal vurdere, om forsikredes sundhedsforsikring dækker en given behandling eller undersøgelse.

De seneste versioner af blanketterne kan altid findes på Lægeforeningens hjemmeside under "Attester" og på Forsikring & Pensions hjemmeside sammen med en oversigt over de aftalte attesthonorarer for "egenlægeattesterne".

### **5.1. Samtykker – hvordan indhentes samtykker?**

Inden selskabet må indhente helbredsoplysninger hos lægen, skal selskabet som nævnt have et skriftligt samtykke fra den relevante person, jf. dog afsnit om børn og afdøde ovenfor.

Der er aftalt følgende samtykker:

- FP 601 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Tegning/ændring i forsikringstiden
- FP 602 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed
- FP 606 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Tegning/ændring – Børn – afgives af forældremyndighedsindehaver(e)
- FP 607 – Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger mv. – Forsikringsbegivenhed – Børn – afgives af forældremyndighedsindehaver(e)
- FP 611 – Samtykke – Forsikringsbegivenhed - Afdød

De aftalte samtykker bruges til indhentning af helbredsoplysninger med anmodningsblanketterne.

### **5.2. Digital underskrift**

Lovgivningen giver mulighed for, at selskabet indhenter forsikredes samtykke ved hjælp af digital underskrift. Lægen skal behandle anmodning om helbredsoplysninger baseret på et digitalt underskrevet samtykke på samme vis, som var samtykket underskrevet med pen. Der er ikke i gældende lovgivning formkrav til hverken almindelige eller digitale samtykker, ligesom lovgivningen heller ikke fastsætter nærmere regler for, hvordan og hvornår den indhentende part skal dokumentere et digitalt underskrevet samtykke over for tredjepart.

Forsikring & Pension og Lægeforeningen er enige om, at såfremt selskabet anvender digitalt underskrevet samtykke, skal det af samtykket fremgå, at selskabet indestår for, at forsikrede har underskrevet samtykket digitalt. Selskabet står endvidere inde for, at den digitale underskrift er i selskabets besiddelse, og at den er gyldig. Kopi af det digitalt underskrevne samtykke skal fremsendes til lægen, men selskabet skal ikke – som en generel praksis – fremsende kopi af den tekniske fil (PID-filen) som yderligere dokumentation. Hvis lægen i enkelte, konkrete sager har mistanke om et samtykkes ægthed, skal lægen kontakte patienten og selskabet.

### **5.3. Anmodningsblanketter**

Der er aftalt følgende anmodningsblanketter til brug for indhentning af helbredsoplysninger, herunder journaloplysninger:

- FP 605 – Anmodning – Tegning/ændring i forsikringstiden
- FP 608 – Forsikringsbegivenhed – Generel - Anmodning
- FP 609 – Forsikringsbegivenhed – Auto/Ansvar – Arbejdsskade – Anmodning
- FP 612 – Forsikringsbegivenhed – Afdød – Anmodning

Der henvises til bilag A for en oversigt over de aftalte blanketter.

Teksten i anmodningerne er udformet generelt. Selskabet skal forud for fremsendelsen til lægen tilpasse den frie tekst, så anmodningen er tilpasset den konkrete sag. Selskabet skal desuden forud for fremsendelsen til lægen fjerne den valgfrie tekst, hvis denne er irrelevant for den konkrete sag. Det samme gælder, hvis teksten med kursiv er irrelevant.

På Forsikring & Pensions hjemmeside findes desuden et eksempel på udfyldelse af den generelle anmodningsblanket FP 608 Forsikringsbegivenhed.

### **5.3.1. Selskabets pligt til at begrunde anmodninger**

Selskabet kan i visse tilfælde have behov for at indhente kopi af relevante dele af journalen. Det sker typisk, hvis der er tvivl om årsagssammenhæng mellem skaden og dækning, eller hvis der er tvivl om, hvorvidt forsikringsbegivenheden er indtrådt i forsikringstiden.

Selskabet har pligt til at spørge så præcist og så målrettet som muligt om de helbredsoplysninger, som selskabet anser for relevante i den konkrete sag. Det skal derfor af anmodningen klart fremgå:

- Hvorfor selskabet ønsker at indhente oplysningerne
- Hvilke oplysninger selskabet anmoder om
- Præcist for hvilken periode selskabet ønsker oplysningerne
- Hos hvem selskabet ønsker at indhente oplysningerne (sundhedsperson/behandlingssted)

Det er således alene det relevante journalmateriale, der må indhentes. Selskabet må således ikke i forbindelse med behandling af en ansøgning om forsikring eller behandling af en anmeldelse om en forsikringsbegivenhed indhente kopi af den "fulde journal". "Fuld journal" skal i den henseende forstås som alle oplysninger om alle patientens kontakter med sundhedsvæsenet gennem hele patientens liv.

### **5.3.2. Indhentning af helbredsoplysninger, der ligger mere end 5 år forud for tegningstidspunktet – skærpet pligt til begrundelse (FP 605)**

Selskabet kan i nogle tilfælde inden for rammerne af forsikringsaftalelovens § 3a have behov for at indhente journaloplysninger for tiden før forsikringens tegning eller før optagelsen i pensionsordningen. Det behov vil typisk opstå, når en kunde ønsker at tegne en individuel forsikring, og hvis selskabet har brug for at vide, hvornår en sygdom eller nogle symptomer opstod.

Af hensyn til lægens forståelse for behovet for indhentning af oplysninger fra før tegningstidspunktet giver selskabet en nærmere begrundelse, hvis selskabet anmoder om helbredsoplysninger for en periode, der strækker sig mere *tilbage end fem år forud for tegningstidspunktet*, når følgende anmodninger benyttes:

- FP 605 – Anmodning – Tegning/ændring i forsikringstiden

Selskabet skal i ovennævnte anmodningsblanket altid oplyse lægen om tegningstidspunktet for forsikringen.

### **5.3.3. Indhentning af helbredsoplysninger, der ligger mere end 5 år forud for skadestidspunktet – skærpet pligt til begrundelse (FP 608, 609, 612)**

Når en kunde anmelder en skade, kan selskabet have behov for at indhente journaloplysninger, der ligger forud for skadestidspunktet. Dette behov opstår typisk, når selskabet skal vurdere, om der er årsagssammenhæng med tidligere skader og symptomer.

Af hensyn til lægens forståelse for behovet for indhentning af oplysninger fra før skadestidspunktet, giver selskabet en nærmere begrundelse, hvis selskabet anmoder om helbredsoplysninger for en periode, der strækker sig mere *tilbage end fem år forud for skadestidspunktet*, når følgende anmodninger benyttes:

- FP 608 – Forsikringsbegivenhed – Generel – Anmodning
- FP 609 – Forsikringsbegivenhed – Auto/Ansvar – Arbejdsskade – Anmodning
- FP 612 – Forsikringsbegivenhed – Afdød - Anmodning

Selskabet skal i disse anmodningsblanketter altid oplyse lægen om skadestidspunktet.

### **5.3.4. Særligt om auto/ansvar og arbejdsskadeforsikringer (FP 609)**

I sager om auto-, ansvars- og arbejdsskadeforsikringer kan selskabet ligeledes have brug for at indhente helbredsoplysninger tilbage i tiden. Disse sager adskiller sig fra sager om eksempelvis tab af erhvervssevne og ulykker ved, at skadelidte ikke er den person, som har indgået forsikringsaftalen med selskabet.

Selskabet får således først kendskab til skadelidte på tidspunktet for anmeldelsen af forsikringsbegivenheden (dvs. på eller efter skadestidspunktet). Der er derfor i relation til skadelidte ikke noget tegnings-tidspunkt, og selskabet har således ikke haft mulighed for at indhente oplysninger om skadelidte i forbindelse med tegningen af forsikringen.

Der er aftalt følgende anmodningsblanket til brug for sager med auto-, ansvars- og arbejdsskadeforsikring:

- FP 609 – Forsikringsbegivenhed – Auto/Ansvar – Arbejdsskade

I disse sager kan lægen også have behov for at forstå baggrunden for, at der anmodes om oplysninger tilbage i tiden. 5-årsreglen, som er beskrevet i afsnit 5.3.3, gælder også her. Selskabet skal også oplyse lægen om, hvad den skadelidte har været ude for, og hvilken skade/forsikringsbegivenhed skadelidte søger erstatning eller kompensation for.

### **5.3.5. Særligt om indhentning af oplysninger om afdøde (FP 612)**

Efter sundhedslovens § 45 kan en læge - og skal efter anmodning - videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, afdødes alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, såfremt det ikke må antages at stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde, eller såfremt andre private interesser ikke taler afgørende herimod.

Der kan desuden videregives oplysninger, uden forsikredes samtykke efter værdispringsreglen i § 43, stk. 2, nr. 2, hvoraf det følger, at videregivelse kan ske, hvis det er nødvendigt for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patient, sundhedsperson eller andre.

Efter sundhedslovens regler er en læge altså berettiget til at videregive oplysninger om afdødes helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til bl.a. forsikringselskaber og pensjonskasser, hvis videregivelsen er nødvendig for en berettiget varetagelse af væsentlige hensyn til andre end den afdøde, herunder personer, der måtte være berettiget til en forsikringsudbetaling. Berettigede personer kan være såvel nære pårørende som personer, der ikke har familiemæssig tilknytning til afdøde. Videregivelsen kan være berettiget, selv om afdøde udtrykkeligt skulle have modsat sig, at de pårørende underrettes om sygdomsforløb mv.

Selskabet skal over for lægen i anmodningen forklare, hvilke oplysninger, der er nødvendige. Lægens videregivelse af disse oplysninger vil være berettiget forudsat, at den berettigede efter afdøde har givet samtykke til, at lægen videregiver oplysninger om afdøde til selskabet. 5-årsreglen, som er beskrevet i afsnit 5.3.3, gælder også her.

### **5.4. Forsikringsattester**

Der er udarbejdet en række specifikke attester (forsikringsattester) til brug for indhentning af specifikke helbredsoplysninger og vurdering af helbredstilstanden. Attesterne består af en række spørgsmål, som lægen skal besvare.

Der er aftalt følgende attester, jf. også afsnit 1.2:

- Egenlægeattester, hvor honorar og vilkår følger af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension
- Andre attester, hvor den enkelte læge og det enkelte forsikringselskab selv aftaler honorar og vilkår for attestudstedelsen

En fuldstændig oversigt over attesterne og attestnumrene findes i bilag A.



### 5.5. Tidsgrænser i attesterne

På baggrund af en henstilling fra Forsikring & Pensions bestyrelse er der indarbejdet tidsgrænser i alle attesterne. Formålet med tidsgrænserne er at sikre, at selskaberne kun anmoder om - og lægen kun videregiver - de helbredsoplysninger, som er relevante i den konkrete sag.

Det betyder, at selskabet skal angive indledningsvis i attesten, hvor mange år tilbage i tid det er nødvendigt, at lægen kigger sin journal igennem ved besvarelsen af attestens spørgsmål om forudbestående lidelser.

Feltet, hvor selskabet skal angive, hvor langt tilbage lægen skal gennemgå journalen, ser således ud:

**Til lægen (udfyldes af selskabet):**

Spørgsmål 5b og 5c i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er den: \_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

Selskabet skal erstatte [10] med et andet tal, hvis selskabet har behov for, at lægen kigger journalen igennem for en kortere periode.

Selskabet skal også rette [10] i selve spørgsmålene i attesten. I det viste tilfælde altså spørgsmål 5b og 5c.

### 5.6. Vedlæggelse af journalmateriale

Lægen kan inden for samtykkets rækkevidde supplere besvarelse af spørgsmål i attesten med yderligere journaloplysninger.

### 5.7. Selskabet sender blanket og samtykke til relevant behandler

Selskabet sender blanket med anmodning om oplysninger til den behandlende person/det behandlingssted, der har udfærdiget det relevante journalmateriale, epikrise mv.

Hvis selskabet i øvrigt ikke har brug for at indhente materiale fra en privatpraktiserende læge, bør epikriser eksempelvis altid søges indhentet via det behandlingssted, der har udarbejdet dokumentet. Det gælder også, selvom epikrisen eventuelt indgår i en privatpraktiserende læges journalmateriale.

Sammen med anmodningen fremsender selskabet kopi af det relevante samtykke til den behandlende læge/behandlingssted. Det gælder også, hvis samtykket er underskrevet digitalt.

Lovgivningen giver mulighed for, at selskabet indhenter forsikredes samtykke ved hjælp af digital underskrift. Lægen skal behandle anmodning om helbredsoplysninger baseret på et digitalt underskrevet samtykke på samme vis, som var samtykket underskrevet med pen.

Såfremt selskabet anvender digitalt underskrevet samtykke, skal der af samtykket fremgå, at selskabet indestår for, at forsikrede har underskrevet samtykker digitalt. Selskabet står desuden inde for, at den digitale underskrift er i selskabets besiddelse, og at den er gyldig. Kopi af samtykket skal dog vedlægges selskabets anmodning, jf. afsnit 5.2.

### 5.8. Selskabet orienterer forsikrede om, at der indhentes oplysninger

I mange tilfælde indhentes forsikredes samtykke i forbindelse med tegning af forsikring eller ved optagelse i pensionsordningen, ved ændringer af forsikringsaftalen eller ved indtrædelse af forsikringsbegivenheden, men anvendes først ved anmodning om helbredsoplysninger fx én måned efter, at samtykket er indhentet. Forsikrede kan derfor meget vel have glemt alt om samtykket.

Når selskabet sender anmodningen om videregivelse af helbredsoplysninger til lægen, orienterer selskabet samtidig forsikrede skriftligt herom.

I meddelelsen til forsikrede, forklarer selskabet, hvorfor det har anmodet lægen om videregivelse af helbredsoplysninger, hvilke helbredsoplysninger, der er tale om, samt, for hvilken periode og hos hvem selskabet indhenter oplysningerne.

Der er ikke aftalt erklæringer til brug for selskabets orientering af forsikrede.

### **5.9. Lægens svar**

Til brug for lægens svar til selskabet ved brug af blanketterne FP 605, FP 608, FP 609 og FP 612 er det aftalt, at lægen benytter:

- FP 610 – Lægens svar

For så vidt angår de specifikke forsikringsattester skal lægen udfylde den tilsendte attest.

Lægens besvarelser suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet har anmodet herom. Lægen kan også inden for samtykkets rækkevidde supplere med yderligere oplysninger, hvis lægen skønner, at der er behov for dette.

## **6. Lægens rolle og pligter**

Læger, der udfærdiger erklæringer eller attester i egenskab af en autoriseret sundhedsperson, er under strafansvar forpligtet til at udvise omhu og uhildethed<sup>8</sup>. Det indebærer bl.a., at lægen skal afgive objektive oplysninger.

Samtidig er alle sundhedspersoner under udøvelsen af deres virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp mv.<sup>9</sup>

I medfør af sundhedslovens videregivelsesregler kan lægen videregive helbredsoplysninger, oplysninger om øvrige, rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Der gælder ingen lovgivningsmæssig grænse for, hvor langt tilbage i tid der er adgang til at indhente oplysninger. Eneste begrænsning er, at oplysningerne skal være relevante og tilstrækkelige for selskabets behandling af sagen, og at de oplysninger, som et forsikringsselskab indhenter om den forsikrede, ikke må omfatte mere end nødvendigt, jf. PDL § 5, stk. 3. Der henvises i øvrigt til afsnit 3.1, 5.3.2 og 5.3.3.

Det er som udgangspunkt selskabet, der inden for de begrænsninger, der følger af forsikringsaftalelovens § 3a, vurderer, hvilke oplysninger, der er relevante for vurdering af den forsikringsmæssige risiko, en eventuel udbetalings størrelse eller dækning af undersøgelse og/eller behandling. Dette gælder også resultater af eventuelle blodprøver, røntgen og CT-scanning mv.

I henhold til forsikringsaftaleloven (FAL) og de almindelige erstatningsregler (EAL) er det selskabet, der har kompetencen til at vurdere, hvilke helbredsoplysninger, der er relevante for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko eller for fastsættelsen af en eventuel udbetalings størrelse.

Det vil kunne skade den forsikredes interesser, hvis oplysningerne ikke er ajourførte og fyldestgørende, idet selskabet ikke er bundet af forsikringsaftalen, hvis det senere viser sig, at alle relevante forhold ikke er oplyst. I så fald vil selskabet alene kunne udbetale delvis eller muligvis slet ingen erstatning.

---

<sup>8</sup> Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, § 20, stk. 1.

<sup>9</sup> Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, § 17.

Hvis forsikrede ønsker, at lægen skal undlade oplysninger, som må antages at have betydning for selskabets vurdering af sagen, skal lægen afvise at medvirke hertil.

#### **6.1.1. Ved tvivl om samtykkets afgivelse**

Hvis lægen er i tvivl om, hvorvidt forsikrede ved afgivelsen af samtykket rent faktisk har accepteret videregivelse af de konkrete oplysninger, kan lægen kontakte forsikrede. I tvivlstilfælde bør lægen således sikre sig, at forsikrede er indforstået med, at de konkrete oplysninger bliver videregivet til selskabet. Lægen kan eventuelt i "FP 610 – Lægens svar" anføre, at forsikrede er blevet kontaktet<sup>10</sup>.

#### **6.1.2. Ved tvivl om, hvilke oplysninger selskabet anmoder om**

Selskabet har som tidligere beskrevet pligt til at begrunde, hvorfor det anmoder om videregivelse af helbredsoplysninger. Der kan dog opstå situationer, hvor lægen kan blive i tvivl om, hvilke oplysninger selskabet rent faktisk har brug for. I sådanne tilfælde kan lægen kontakte selskabet med henblik på at få præciseret, hvilke oplysninger selskabet har brug for i den konkrete sag.

Lægen kan også vælge at sende anmodningsblanketten retur til selskabet med ønske om at få begrundelsen for indhentning af helbredsoplysninger præciseret.

#### **6.1.3. Lægens rolle i særlige situationer – ret til indsigt**

Lægeforeningen og Forsikring & Pension har aftalt, at lægen skal meddele selskabet, hvis en attest eller journaloplysninger i særlige tilfælde ikke må udleveres til kunden eller dennes fuldmægtig, men kun må udleveres gennem en læge.

Hvis en kunde beder om indsigt i de oplysninger, som selskabet behandler om vedkommende, er selskabet forpligtet til at imødekomme denne anmodning om indsigt, jf. persondataloven. Hvis selskabet behandler oplysninger, som en læge har meddelt kun må udleveres til kunden gennem en læge, bør selskabet på passende vis give kunden besked herom. Den læge, der har meddelt, at oplysningerne kun må gives til kunden gennem en læge, er i så fald den rette til at give kunden oplysningerne. Selskabet giver lægen besked herom.

#### **6.1.4. Lægens rolle i særlige situationer – oplysninger om afdøde**

Selskabet kan i nogle tilfælde behandle helbredsoplysninger om afdøde, jf. afsnit 4.1.3. Hvis den berettigede anmoder selskabet om, at selskabet udleverer disse oplysninger til den berettigede, skal selskabet henvise den berettigede til den læge, som har videregivet oplysningerne til selskabet. Lægen vil herefter foretage en vurdering af, om vedkommende er berettiget til at modtage helbredsoplysninger om afdøde, jf. sundhedslovens § 45.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension har aftalt, at selskabet som udgangspunkt skal undgå at udlevere oplysninger direkte til den berettigede, da afdøde kan have frabedt sig, at pårørende bliver gjort bekendt med oplysninger om afdøde.

### **7. Fakturering**

Lægen honoreres kun efter fremsendelse af regning til selskabet. I tilfælde af opkrævning af moms skal regningen være specificeret efter gældende regler herom.

Ved afregning skal selskabet over for lægen oplyse den pågældende patients fulde CPR-nummer ved betaling for hver enkelt attest.

---

<sup>10</sup> Ansvar for, at der foreligger det nødvendige informerede samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv., påhviler den for behandling ansvarlige sundhedsperson, jf. sundhedsloven § 21, stk.1, nr. 1 og bekendtgørelse nr. 665/1998 § 17. Side 19

Selskabet kan betale til den NemKonto, som er knyttet til CPR-/CVR-/SE-nummer, som lægen har oplyst på regningen.

### **7.1. Krævede betalingsoplysninger**

Følgende oplysninger skal fremgå af lægens faktura til selskabet:

- 1) Forsikrings- eller pensionselskabets navn og adresse
- 2) Dato for udstedelse af faktura
- 3) Fakturanummer
- 4) Lægens CVR-nr., som afregner momsen
- 5) Evt. sekretærs eller læges initialer
- 6) Rettidige betalingsdato
- 7) Her angives indkøbsordre ID'et, som selskabet har leveret i den digitale anmodning
- 8) Patientens/kundens CPR-nr., navn og adresse
- 9) Beskrivelse af ydelse, pris, moms mv.
- 10) Lægens navn og adresse (lægens ydernummer er dog ikke krævet)

De fleste af disse oplysninger er obligatoriske ifølge SKAT. Det gælder nr. 1-4 + 9-10.

Hertil kommer nogle praktiske oplysninger. Det drejer sig om nr. 5-6 + 8.

I den digitale løsning, der udbydes af Forsikring & Pension, er der af tekniske hensyn indarbejdet et ordrenummer i regningen (nr. 7). Ordrenummeret er ikke relevant, hvis selskab og læge fortsat kommunikerer med post/papir/porto, eller hvis selskabet bruger en anden digital løsning.

## **Bilag A: Oversigt over alle aftalte blanketter**

Lægeforeningen og Forsikring & Pension har indgået aftale om brug af følgende:

### **Samtykke**

- FP 601 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Tegning/ændring i forsikringstiden
- FP 602 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed
- FP 606 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Tegning/ændring – Børn – afgives af forældremyndighedsindehaver(e)
- FP 607 – Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger mv. – Forsikringsbegivenhed – Børn – afgives af forældremyndighedsindehaver(e)
- FP 611 – Samtykke – Forsikringsbegivenhed – Afdød

### **Anmodning**

- FP 605 Tegning og ændring
- FP 608 Forsikringsbegivenhed
- FP 609 Forsikringsbegivenhed – auto – ansvar – arbejdsskade
- FP 612 Forsikringsbegivenhed – afdød
- FP 608 Eksempel forsikringsbegivenhed

### **Lægens svar**

- FP 610 Lægens svar

### **Egenlægeattester med aftalt fast honorar og vilkår**

- FP 100 Helbredsattest
- FP 140 Gruppeliv helbredsattest
- FP 402 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 2
- FP 610 Lægens svar<sup>11</sup>
- FP 710 Sundhedsforsikringsattest
- FP 910 Rejseforsikringsattest

### **Andre attester uden aftalt fast honorar og vilkår**

- FP 220 Blodtryks- og lipidattest
- FP 230 HIV-Antistof attest
- FP 300 Begyndelsesattest
- FP 350 Statusattest
- FP 360 Statusattest – nakke
- FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1
- FP 410 Generel funktionsattest
- FP 420 Funktionsattest bryst og lænderyg
- FP 430 Funktionsattest skulder, overarm og albue
- FP 440 Funktionsattest underarm og håndled
- FP 450 Fingre med figur
- FP 460 Funktionsattest hofte og lår
- FP 470 Funktionsattest knæ
- FP 480 Funktionsattest fod og underben
- FP 490 Funktionsattest, tæer, mellemfod og forfod
- FP 500 Funktionsattest øje
- FP 510 Funktionsattest hørels

---

<sup>11</sup> FP 610 er uden fast honorar, men honoreres efter regning. Regningens størrelse fastsættes iht. det præsterede arbejde og den forbrugte tid. Når FP 610 udfyldes af sygehusansatte læger er honorar 0 kr.