

SAMTYKKE TIL INDHENTNING OG VIDEREGIVELSE AF OPLYSNINGER

Personoplysninger: (Skal udfyldes af dig)

Navn:

Cpr-nummer:

 -

Husk at vedlægge følgende dokumentation:

- Kopi af din opsigelse med stempel/logo, underskrift og opsigelsesgrund fra nuværende/tidligere arbejdsgiver.
- Kopi af tilmelding til Jobcenter eller kopi af dit godkendelsesbrev fra din A-kasse "Ret til dagpenge".

SAMTYKKE:

Undertegnede, som er aktiv arbejdssøgende og står til fuld rådighed for arbejdsmarkedet, anmoder hermed om udbetaling af forsikringsydelse i henhold til gældende forsikringsbetingelser. Jeg erklærer på tro og love, at alle oplysninger i denne anmeldelse er korrekte, og accepterer, **AXA Partners SAS** (herefter kaldet Forsikringsselskabet) kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger. Jeg giver Forsikringsselskabet og deres autoriserede samarbejdspartnere fuldmagt til på mine vegne at søge oplysninger hos min nuværende/tidligere arbejdsgiver, jobcenter, kommune, A-kasse m.m., der vil kunne bruges ved bedømmelsen af anmeldelsen. Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie, og brugt af Forsikringsselskabet og andre selskaber i koncernen og deres autoriserede samarbejdspartnere inden for EU og EØS til at behandle anmeldelsen samt at Forsikringsselskabet og deres autoriserede samarbejdspartnere kan bruge elektronisk kommunikation, såsom e-mail, mellem dem selv, til at sende mine personlige information gennem et sikkert netværk. Forsikringsselskabet er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning. Hvis der forekommer fejl og mangler i dine personoplysninger og du ønsker rettelse af disse skal du kontakte Forsikringsselskabet.

Yderligere information om behandlingen af personoplysninger:

For yderligere information om behandlingen af personoplysninger henviser vi til vores website: www.clp.partners.axa.dk/skade

Jeg bekræfter hermed på tro og love, at oplysninger givet på denne anmeldelse samt i medsendte dokumenter er korrekte, samt at jeg har læst og accepteret erklæringen/samtykke.

Bekræft venligst din accept ved din underskrift:

Dato:

D	D	M	M	Å	Å
---	---	---	---	---	---

Underskrift:

Jeg accepterer at AXA Partners SAS kan bruge e-mail til kommunikation angående min forsikringspolice og forsikringssag. For at opfylde kravene om datasikkerhed vil AXA aldrig sende dit CPR-nummer eller anden sensitiv information gennem e-mail.