**Anmodning om udfyldelse af**

**"Status fra psykolog om afsluttet behandlingsforløb"**

|  |  |
| --- | --- |
| **Psykologens navn og adresse:** | **Klientens navn og CPR-nr.:** |

[Klientens navn] har den [dato] anmeldt en sag om tab af erhvervsevne til [selskabets navn]. Klienten har oplyst, at han/hun har været behandling hos dig i perioden [udfyldes af selskabet].

Ifølge Forsikringsaftaleloven har [selskabets navn] krav på at få de oplysninger, der er nødvendig for, at [selskabets navn] kan bedømme klientens krav og fastsætte en eventuel forsikringsydelses størrelse. Derfor beder [selskabets navn] dig om at udfylde og returnere **vedlagte** "Status fra psykolog om afsluttet behandlingsforløb". Du kan læse om Psykologstatus i Dansk Psykolog Forening og Forsikring & Pensions fælles vejledning.

Hvis du ikke kan fremsende psykologstatus i udfyldt stand inden for 60 dage fra den dato, hvor du modtager anmodningen, bedes du give os besked.

|  |
| --- |
| **Klienten har oplyst [selskabets navn] følgende om sin helbredssituation:** |

|  |
| --- |
| **Sagsbehandler/kontaktperson i selskabet (navn, mailadresse og telefonnr.):** |

Klientenhar givet samtykke til, at selskabet indhenter de nødvendige oplysninger til brug for behandlingen af sagen. Kopi af samtykket er **vedlagt**.

Klienten er endvidere orienteret om, at [selskabets navn] beder dig om at udfylde en Psykologstatus, der vil indgå i selskabets vurdering af det eventuelle erhvervsevnetab.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato Underskrift