

**Skadesanmeldelse og Samtykkeerklæring
Kritisk sygdom, Børn**

Den udfyldte blanket fremsendes til Euro Accident via kontaktformularen på Euro Accidents hjemmeside www.euroaccident.dk, under Kontaktinformationer.

Barnets fulde navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr./by
Tlf./mobil	E-mail
Hovedforsikredes arbejdsgiver	
Hovedforsikredes aftalenummer	

Vejledning

Alle spørgsmål skal besvares. Brug eventuelt en blank side, hvis der ikke er plads nok i rubrikkerne til højre.

Når vi har modtaget din/jeres ansøgning, beder vi om en kopi af læge- eller journaloplysninger og svar på relevante prøver og scanninger, der vedrører barnets anmeldte diagnose. Er der tale om en kræftdiagnose, beder vi også om kopi af svar på vævsprøver (histologisvar). Er der tale om blodprop i hjertet, beder vi også om kopi af blodprøvesvar (kardielle biomarkører). Er der tale om hjerneblødning/blodprop i hjernen, beder vi også om resultat af CT- eller MR-scanning.

Hvis du/I selv har ovenstående oplysninger, beder vi dig/er vedlægge en kopi. Vi kan hjælpe med at hente oplysningerne. Så skal du/I regne med, at det tager 2-3 uger længere at behandle sagen.

1.	Hvad er sygdommens navn/diagnose?		_____
2.	Hvornår havde barnet første gang symptomer på sygdommen, og hvilke symptomer havde barnet?		Dato: _____ Symptomer: _____
3.	Hvornår henvendte du dig/I jer første gang til en læge i forbindelse med sygdommen, og hvem henvendte du dig/I jer til?		Dato: _____ Hospital/læge _____
4.	Hvor er barnet blevet undersøgt/behandlet i forbindelse med sygdommen?		Hospital _____ Afdeling: _____ Adresse: _____
5.	Hvilken dato blev diagnosen stillet?		Dato: _____
6.	Har du/I søgt om eller fået udbetaling andre steder for denne eller lignende sygdom?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvorfra? _____

Helbredsoplysninger fortsat

7.	<p>Har barnet tidligere været syg af, eller fået behandling for:</p> <p>A. En lignende sygdom?</p> <p>B. Andre sygdomme?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis Ja til "A", hvornår/dato: _____</p> <p>Hvilken sygdom? _____</p> <p>_____</p> <p>Hvis Ja til "B", hvornår/dato: _____</p> <p>Hvilken sygdom? _____</p> <p>_____</p> <p>Hvor blev barnet behandlet – læge/hospital: _____ _____</p>
8.	Hvem er barnets praktiserende læge?		<p>Navn: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Postnr.: _____ By: _____</p>
9.	<p>Udbetalingen fra Euro Accident bliver indsat på din/jeres NemKonto.</p> <p>En udbetaling til NemKonto er som udgangspunkt ikke kreditorbeskyttet. Hvis du/I ønsker at beskytte udbetalingen, skal du/I oprette en kreditorbeskyttet konto i din/jeres/en bank og give os besked.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis du/I ønsker, at udbetalingen sker til en kreditorbeskyttet konto, skal du/I oplyse følgende:</p> <p>Reg. Nummer: _____</p> <p>Kontonummer: _____</p>

Underskrift (underskrives af barnets forælder/forældre)

Jeg/vi erklærer hermed, at mine/vores besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg/vi intet har fortiet. Jeg/vi er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted.

Dato Underskrift

Dato Underskrift

Samtykkeerklæring på næste side skal også udfyldes og underskrives for at Euro Accident kan behandle ansøgningen.

Samtykkeerklæring i forbindelse med skadesanmeldelse Kritisk sygdom børn

Den udfyldte blanket fremsendes til Euro Accident via kontaktformularen på Euro Accidents hjemmeside www.euroaccident.dk, under Kontaktinformationer.

Samtykkegivers navn (forælder 1): _____

Samtykkegivers navn (forælder 2): _____

Barnets navn: _____ Barnets CPR-nr.: _____ - _____

Jeg/vi giver med min/vores underskrift samtykke til, at Euro Accident i forbindelse med behandlingen af mit/vores barns sag må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af sagen, og at Euro Accident i den forbindelse må videregive oplysninger til identifikation af mit/vores barn og forsikrings sagen til dem, som selskabet indhenter de relevante oplysninger fra. Selskabet præciserer over for den, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Euro Accident kan med dette samtykke indhente relevante oplysninger fra følgende aktører, som barnet har været, er eller vil komme i kontakt med i nedenstående periode:

- Barnets nuværende og tidligere læge
- Offentlige og private sygehuse samt laboratorier, ambulatorier og klinikker
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer
- Alternative behandlere
- Øvrige aktører, som jeg/vi har oplyst Euro Accident om i forbindelse med min/vores ansøgning

De nævnte aktører kan med dette samtykke videregive de relevante oplysninger til Euro Accident.

Hvem kan de indhentede oplysninger videregives til?

Euro Accident kan med dette samtykke videregive de indhentede oplysninger til følgende aktører, som er tilknyttet Euro Accident:

- Læger, Speciallæger og Psykologer
- Skadesbehandlere
- Reassuranceselskab
- Administrations selskab

Hvilke oplysninger kan behandles?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet

Samtykket omfatter **ikke** oplysninger om;

- Andre personers, f.eks. slægtninges, aktuelle eller tidligere helbredstilstand.
- Resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikrings søgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests).
- Genetiske tests, der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt.
- Deltagelse i samt resultatet af forebyggende undersøgelser. Dog må der oplyses om resultatet af sådanne undersøgelser, hvis disse viser aktuelle tegn på sygdom, eller disse vedrører sygdomme, som forsikrings søgende tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for tidspunktet for min/vores underskrift af dette samtykke og frem til det tidspunkt, hvor Euro Accident har taget stilling til forsikrings sagen. Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Euro Accident med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg/vi kan til enhver tid trække mit/vores samtykke tilbage og/eller få berigtiget eller slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i forsikrings sagen, informeres om mit/vores samtykke.

Jeg/vi får besked hver gang Euro Accident indhenter oplysninger. Jeg/vi bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra og videregives til.

Sæt kryds ved fælles forældremyndighed

Dato _____ Underskrift (forælder 1) _____ CPR-nr. _____ - _____

Dato _____ Underskrift (forælder 2) _____ CPR-nr. _____ - _____

Begge forældre skal underskrive samtykkeerklæringen