

Skadesanmeldelse og Samtykkeerklæring

Kritisk sygdom

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

Dit fulde navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr./by
Tlf./mobil	E-mail
Arbejdsgiver	Stilling
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 anmeldelse, beder vi om en kopi af læge- eller journaloplysninger og svar på relevante prøver og scanninger, der vedrører din 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.

Har du selv ovenstående oplysninger, beder vi dig vedlægge en kopi. Vi kan hjælpe med at hente oplysningerne. I så fald skal du regne med, at det tager 2-3 uger længere at behandle din sag.

1.	Hvad er sygdommens navn/diagnose?		
2.	Hvornår havde du første gang symptomer på sygdommen, og hvilke symptomer havde du?		Dato: _____ Symptomer: _____ _____
3.	Hvornår henvendte du dig første gang til en læge i forbindelse med sygdommen, og hvem henvendte du dig til?		Dato: _____ Hospital/læge _____ _____
4.	Hvor er du blevet undersøgt/behandlet i forbindelse med sygdommen?		Hospital _____ Afdeling: _____ Adresse: _____ _____
5.	Har du 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

6.	<p>Har du 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 du behandlet - læge/hospital: _____ _____</p>
7.	Hvem er din praktiserende læge?		<p>Navn: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Postnr.: _____ By: _____</p>
8.	<p>Udbetalingen fra Euro Accident bliver indsat på din NemKonto.</p> <p>En udbetaling til NemKonto er som udgangspunkt ikke kreditorbeskyttet.</p>		<p>Hvis du ønsker, at udbetalingen sker til en anden konto, skal du oplyse følgende:</p> <p>Reg. Nummer: _____</p> <p>Kontonummer: _____</p> <p>Du skal indsende dokumentation for ejerskab af kontoen til os</p>

Underskrift

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

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

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

Forsikredes navn: _____

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Euro Accident i forbindelse med min sag må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af forsikringssagen, og at Euro Accident i den forbindelse må videregive relevante oplysninger til identifikation af mig og min forsikringssag til dem, som selskabet indhenter de relevante oplysninger fra. Euro Accident præciserer over for dem, 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 jeg har været, er eller vil komme i kontakt med:

- Min nuværende og tidligere læge
- Offentlige og private sygehuse samt laboratorier, ambulatorier og klinikker
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer
- Andre forsikringsselskaber og pensionskasser
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst Euro Accident om i forbindelse med min 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
- Reassuranceselskab

Derudover kan Euro Accident med dette samtykke videregive de indhentede oplysninger til følgende aktører:

- Offentlige myndigheder, fx kommuner og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber og pensionskasser

Hvilke oplysninger kan behandles?

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

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for tidspunktet for min underskrift af dette samtykke og frem til det tidspunkt, hvor Euro Accident har taget stilling til min forsikringssag. 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 kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget eller slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

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

Dato

Underskrift af forsikrede

CPR-nr.
