

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
Hvornår blev du ansat?	Hvornår blev din forsikring oprettet hos dit tidligere forsikringsselskab?

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 ☐ Ja ☐	Hvis ja, hvorfra? _____ _____

Helbredsoplysninger fortsat

6.	Har du tidligere været syg af, eller fået behandling for: A. En lignende sygdom? B. Andre sygdomme?	Nej Ja ☐ ☐ Nej Ja ☐ ☐	Hvis Ja til "A", hvornår/dato: _____ Hvilken sygdom? _____ _____ Hvis Ja til "B", hvornår/dato: _____ Hvilken sygdom? _____ _____ Hvor blev du behandlet – læge/hospital: _____ _____
7.	Hvem er din praktiserende læge?		Navn: _____ Adresse: _____ Postnr.: _____ By: _____
8.	Udbetalingen fra Euro Accident bliver indsat på din NemKonto. En udbetaling til NemKonto er som udgangspunkt ikke kreditorbeskyttet.		Hvis du ønsker, at udbetalingen sker til en anden konto, skal du oplyse følgende: Reg. Nummer: _____ Kontonummer: _____ Du skal indsende dokumentation for ejerskab af kontoen til os

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 fortællinger har fundet sted.

Dato

Underskrift

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

FP 003 Samtykke:
Når jeg er blevet syg
Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Euro Accident Liv, filial af Euro Accident Livförsäkring AB, Sverige (Euro Accident) i forbindelse med min ansøgning om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning.

Forsikredes navn: _____

Euro Accident indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om jeg har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. Euro Accident må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikringssag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter 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 i ét år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre, ambulatorier og laboratorier
- Speciallæger
- Andre forsikringsselskaber og pensionskasser.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i ét år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til Euro Accident.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Euro Accident kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af ansøgning om udbetaling:

- Min nuværende og tidligere læge
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre, ambulatorier og laboratorier
- Speciallæger
- Andre forsikringsselskaber og pensionskasser
- Reassuranceselskab.

Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

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

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på ti år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Euro Accident har taget stilling til ansøgning om udbetaling.

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.

Euro Accident Liv
Ørestads Boulevard 67, 1. tv.
DK - 2300 København S
Tlf. +45 88 626 626
www.euroaccident.dk
CVR-nr. 39727412

Dansk filial af Euro Accident Livförsäkring AB, Sverige. Org.nr. 516401-6783

Tilbagetrækning af samtykke

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Euro Accidents mulighed for at behandle min ansøgning om udbetaling.

Du kan læse mere om Euro Accidents privatlivspolitik på Euro Accidents hjemmeside:
[Privatlivspolitik - Euro Accident.](#)

Dato

Underskrift af forsikrede

CPR-nr.
