

**Skadesanmeldelse og samtykkeerklæring  
Tab af erhvervsevne og Præmiefritagelse**

Den udfyldte blanket fremsendes til Euro Accident via kontaktformularen på Euro Accidents hjemmeside [www.euroaccident.dk](http://www.euroaccident.dk), under Kontaktinformationer.

Dit fulde navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr./by
Tlf./mobil	E-mail
Arbejdsgiver	
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.	Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da arbejdsudlygtheden indtraf?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis nej, skriv årsag:
2.	Hvilke sygdomme lider du af / hvilket ulykkestilfælde er sket?			
3.	Hvornår mærkede du de første symptomer på sygdommen/ følger af ulykken?			
4.	Har du tidligere haft samme eller lignende sygdom / symptomer?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, skriv hvorfor:
5.	Er du sygemeldt?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys dato for første sygedag, eventuelt sygeperioder: _____ Hvornår forventer du at genoptage arbejdet helt eller delvist? Dato: _____ Antal timer ugentligt: _____
6.	Modtager du sygedagpenge?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys dato for udbetaling: _____ Hvis nej, hvorfor ikke?
7.	Er du blevet behandlet for din lidelse?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys følgende: Hospital: _____ Afdeling: _____ Speciallæge/læge: _____ Dato: _____

**Skadesanmeldelse fortsat**

8.	Hvad er din stilling/dit erhverv?		
9.	Er du opsagt fra din stilling?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, oplys fratrædelsesdato: _____
10.	Hvorledes påvirker sygdommen din erhvervsevne?		Beskriv venligst:
11.	Har du mulighed for nedsat arbejdstid?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
12.	Er der planer om arbejdsprøvning?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, oplys fra hvornår:
13.	Er der planer om revalidering?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, oplys fra hvornår:
14.	A. Er du indstillet til offentlig førtidspension?  B: Blev den bevilliget?	Nej <input type="checkbox"/>  Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>  Ja <input type="checkbox"/> Hvis A er ja, oplys dato: _____ Hvis B er ja, vedlæg venligst kopi af kendelsen
15.	Hvilken kommune tilhører du?		Oplys navn og adresse på kommune: _____ _____
16.	Oplys navn og adresse på din praktiserende læge		Navn: _____ Adresse: _____ Postnr.: _____ By: _____
17.	Er du forsikret andet sted?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, oplys hvor: _____

**Lønmodtager**

18.	Hvor stor er din indkomst pr. måned i øjeblikket?	Skriv månedligt beløb før skat:
19.	Hvor stor var din indkomst pr. måned før arbejdsudytigheden indtraf?	Skriv månedligt beløb før skat:

**Selvstændige**

20.	Hvis det er første gang du ansøger om udbetaling og/eller præmiefrigørelse, skal du vedlægge en kopi af din årsopgørelse for de sidste 3 år
-----	---

**Skatteoplysninger**

21.	Euro Accident Liv modtager oplysning om dit skattekort direkte fra SKAT.
-----	--

## Udbetalingsoplysninger

22.	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.
-----	---	---

## Spørgsmål

Alle spørgsmål skal besvares. Såfremt der ikke er plads, så vedlæg venligst et bilag.

## 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 Tab af erhvervsevne og Præmiefritagelse

Den udfyldte blanket fremsendes til Euro Accident via kontaktformularen på Euro Accidents hjemmeside [www.euroaccident.dk](http://www.euroaccident.dk), under Kontaktinformationer.

Samtykkegivers 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 sagen, og at Euro Accident i den forbindelse må videregive oplysninger til identifikation af mig og min forsikringssag 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 jeg har været, er eller vil komme i kontakt med i nedenstående periode:

- Min nuværende og tidligere læge
- Offentlige og private sygehuse samt laboratorier, ambulatorier og klinikker
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer
- Alternative behandlere
- Min nuværende og tidligere bopælskommune
- Andre forsikringselskaber og pensionskasser
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver
- 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
- Sygeforsikring Danmark
- Hospitalet/klinikken, hvor min sag bliver undersøgt og behandlet

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

- Offentlige myndigheder, fx kommuner og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringselskaber 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
- Oplysninger om sociale og økonomiske forhold
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikringssag
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold

### 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.

\_\_\_\_\_