

## Samtykkeerklæring ved nytegning og ændring

### Tab af erhvervsevne, Præmiefritagelse, Invalidesum, Dødsfaldssum, Børnepension, Kritisk sygdom

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 ansøgning om nytegning/ændring af forsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af min ansøgning, og at Euro Accident i den forbindelse må videregive oplysninger til identifikation af mig og min ansøgning 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
- Alternative behandlere
- Min nuværende og tidligere bopælskommune
- Andre forsikringsselskaber 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

Derudover kan Euro Accident kan 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
- 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

Samtykket omfatter ikke oplysninger om:

- Andre personers, f.eks. slægtninges, aktuelle eller tidligere helbredstilstand
- Resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikringsøgende fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests)
- 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 forsikringsøgende 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 underskrift af dette samtykke og frem til det tidspunkt, hvor Euro Accident har taget stilling til min ansøgning. 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. Tilbagestrækning kan have betydning for Euro Accidents mulighed for at behandle forsikringsansøgningen. 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.
_____	_____	_____