

Helbredserklæring 2 år / Samtykkeerklæring

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

1.	Dit fulde navn	CPR-nr.
	Adresse	Postnr./by
	Tlf./mobil	E-mail
	Stilling	Arbejdsgiver
	Formidlers navn/selskab	

Helbredsoplysninger

Vi beder dig udfylde denne erklæring, fordi oprettelse af dine forsikringsdækninger afhænger af dit helbred. Det er vigtigt, at du selv besvarer alle spørgsmål omhyggeligt og returnerer blanketten til Euro Accident. For din egen skyld skal du nævne alle forhold, du kan komme i tanke om, også selv om du tror, de ikke har betydning for os. Ellers risikerer du, at dine forsikringsdækninger ikke dækker, hvis du en dag får brug for dem. Er du i tvivl om fx diagnoser og datoer, kan du kontakte din læge, før du udfylder erklæringen. Er der ikke plads på erklæringen, kan du skrive på et blankt papir og sende det ind sammen med erklæringen. Det er også vigtigt, du giver os besked, hvis der sker ændringer i dit helbred i perioden, hvor vi vurderer, hvilke vilkår dine forsikringer kan oprettes på.

I tilfælde af forsikringerne ikke kan oprettes på normale vilkår, vil du modtage brev om dette og det vil fremgå af policen. Det er derfor vigtigt, at du gennemlæser disse og henvender dig hurtigst muligt til Euro Accident, hvis du ikke ønsker at acceptere vilkårene.

2.	Har du søgt, er du indstillet til, har du fået eller får du offentlig førtidspension eller invaliditetsydelse, i arbejdsprøvning, jobafklaringsforløb, fleksjob, skånejob, ressourceforløb eller under revalidering?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Hvilken type? _____ Siden hvornår? _____ Måned/år
3.	Har du indenfor de sidste 2 år haft udbetaling fra en forsikring på grund af tab af erhvervsevne/invaliditet?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Årsag? _____ Hvornår? _____ Måned/år
4.	Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager, eller er der indgået en særlig aftale med din arbejdsgiver, fx en §56 aftale?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Årsag? _____
5.	Har du indenfor de seneste 2 år oplevet nogle former for gener, symptomer eller sygdomme (som du ikke nødvendigvis har været i kontakt med læge omkring)?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Hvilke? _____ Hvornår har du sidst oplevet det? _____
6.	Har du inden for de sidste 2 år været sygemeldt for andet end almindelig forkølelse eller influenza?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Årsag? _____ Antal sygedage? _____

			I hvilke perioder? _____
--	--	--	--------------------------

Helbredserklæring fortsat

7.	<p>Har du inden for de sidste 2 år konsulteret, været henvist til, været undersøgt eller behandlet hos læge/speciallæge, sygehus/hospital/privatklinik, ambulatorium, psykolog, psykiater, psykoterapeut, kiropraktor, fysioterapeut eller andre behandlere, herunder laboratorium, røntgenklinik og fysiurgisk klinik?</p>	<p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ Måned/år</p> <p>Hvilken behandlingsform? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>Navn _____</p> <p>Adresse _____ _____</p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Hvis ja, beskriv hvilke: _____</p>
8.	<p>Er du henvist til eller optaget på venteliste til undersøgelse, behandling eller indlæggelse?</p>	<p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Årsag? _____</p> <p>Hvor/hos hvem? _____</p> <p>Fra hvornår? _____ Måned/år</p>
9.	<p>Hvad er din højde og vægt?</p>		<p>Højde i cm. _____</p> <p>Vægt i kg. _____</p>
10.	<p>a. Drikker du øl, vin, hedvin eller spiritus?</p> <p>b. Har du inden for de seneste 2 år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?</p>	<p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Gennemsnitlig antal genstande ugentligt: _____</p> <p>Gennemsnitlig antal genstande ugentligt: _____</p>
11.	<p>a. Ryger du?</p> <p>b. Hvis ikke, har du tidligere røget inden for de seneste 2 år?</p> <p>c. Anvender du, eller har du anvendt hash, "hårde stoffer" (fx heroin, speed, kokain, ecstasy, LSD), anabole midler, organiske opløsningsmidler,</p>	<p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Hvor stort et dagligt forbrug? _____ antal cigaretter, cigarer, pibestop,</p> <p>Hvornår er du ophørt? _____ Måned/år</p> <p>Hvor stort et dagligt forbrug? _____ antal cigaretter, cigarer, pibestop,</p> <p>Hvilke stoffer? _____</p>

	eller andre stimulerende midler?		I hvilke perioder? _____ Har du modtaget behandling/rådgivning herfor? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
12.	Har du medfødte legemsfejl eller følger (mén) efter skader?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Hvilke? _____
13.	Bruger du eller har du brugt medicin (receptpligtig eller håndkøbsmedicin) ordineret af læge eller anden behandler indenfor de seneste 2 år?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Bruger du stadig præparatet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Siden hvornår? _____ Hvilke præparater (navn og dosis)? _____ For hvad? _____
14.	Angiv venligst oplysninger på din læge		Navn: _____ Adresse: _____ Postnr. og by? _____

Behandling af personoplysninger

Euro Accident behandler, i forbindelse med indgåelsen og den løbende administration af forsikringsaftalen, personoplysninger, som Euro Accident er dataansvarlig for. I vores privatlivspolitik, som du kan finde på vores hjemmeside www.euroaccident.dk, kan du finde nærmere oplysninger om, hvordan Euro Accident behandler dine personoplysninger, herunder hvilke rettigheder du har. Vi kan til enhver tid ændre vores privatlivspolitik, og vi anbefaler dig derfor jævnligt at tjekke vores privatlivspolitik for eventuelle ændringer.

Underskrift og erklæring.

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

Dato _____ Underskrift _____

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

Samtykkeerklæring

Den udfyldte blanket fremsendes til Euro Accident via kontaktformularen på Euro Accidents hjemmeside 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. 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
- 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
- Skadesbehandlere
- Reassuranceselskab
- Administrationsselskab

Derudover kan Euro Accident kan 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
- Samtykket omfatter ikke oplysninger om genetiske tests, der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 2 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. 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.
