

## Helbredserklæring 5 år / Samtykkeerklæring

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

|    |                         |            |
|----|-------------------------|------------|
| 1. | Dit fulde navn          | CPR-nr.    |
|    | Adresse                 | Postnr./by |
|    | Tlf./mobil              | E-mail     |
|    | Arbejdsgiver            | Stilling   |
|    | 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:<br>Hvilken type? _____<br>Siden hvornår? _____ Måned/år      |
| 3. | Har du indenfor de sidste 5 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:<br>Årsag? _____<br>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:<br>Årsag? _____                                              |
| 5. | Har du indenfor de seneste 5 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:<br>Årsag? _____<br>Hvornår har du sidst oplevet dette? _____ |
| 6. | Har du inden for de sidste 5 år været sygemeldt for andet end almindelig forkølelse eller influenza?                                                                                                                 | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Hvis Ja, udfyld her:<br>Årsag? _____                                              |

|  |  |  |                                                       |
|--|--|--|-------------------------------------------------------|
|  |  |  | Antal sygedage? _____<br><br>I hvilke perioder? _____ |
|--|--|--|-------------------------------------------------------|

### Helbredserklæring fortsat

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.  | Har du inden for de sidste 5 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? | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                 | Hvis Ja, udfyld her:<br><br>Årsag? _____<br><br>Hvornår? _____ Måned/år<br><br>Hvilken behandlingsform? _____<br><br>Behandler:<br><br>Navn _____<br><br>Adresse _____<br><br>Har du følger/gener <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br><br>Hvis ja, beskriv hvilke:<br>_____ |
| 8.  | Er du henvist til eller optaget på venteliste til undersøgelse, behandling eller indlæggelse?                                                                                                                                                                                                                        | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                 | Hvis Ja, udfyld her:<br><br>Årsag? _____<br><br>Hvor/hos hvem? _____                                                                                                                                                                                                                                |
| 9.  | Hvad er din højde og vægt?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                          | Højde i cm. _____<br><br>Vægt i kg. _____                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 10. | a. Drikker du øl, vin, hedvin eller spiritus?<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>b. Har du inden for de seneste 5 år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?                                                                                                                                   | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>                                                                                                 | Hvis Ja, udfyld her:<br><br>Gennemsnitlig antal genstande ugentligt: _____<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Gennemsnitlig antal genstande ugentligt: _____                                                                                                                                    |
| 11. | a. Ryger du?<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>b. Hvis ikke, har du tidligere røget inden for de seneste 5 år?<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>c. Anvender du, eller har du anvendt hash, "hårde stoffer" (fx heroin, speed, kokain, ecstasy, LSD) anabole midler, organiske opløsningsmidler,           | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Hvis Ja, udfyld her:<br><br>Hvor stort et dagligt forbrug? _____ antal cigaretter, cigarer, pibestop,<br><br>Hvornår er du ophørt? _____ Måned/år<br><br>Hvor stort et dagligt forbrug? _____ antal cigaretter, cigarer, pibestop,<br><br>Hvilke stoffer? _____                                     |

|     |                                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                                    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | eller andre stimulerende midler?                                                                                                              |                                                          | I hvilke perioder? _____<br>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:<br>Hvilke? _____                                                                                              |
| 13. | Bruger du eller har du brugt medicin (receptpligtig eller håndkøbsmedicin) ordineret af læge eller anden behandler inden for de seneste 5 år? | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Hvis Ja, udfyld her:<br>Hvilke præparater? _____<br>_____<br>For hvad? _____<br>_____<br>Periode: _____                            |
| 14. | Hvem er din læge?                                                                                                                             |                                                          | Navn: _____<br>Adresse: _____<br>Postnr.: _____ 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](http://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.

## FP 001 Samtykke:

### Når jeg vil tegne en forsikring eller ændre i en forsikring, jeg allerede har Livs- og pensionsforsikring nyttegning, ændring og forhøjelse

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 tegning eller ændring af forsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning.

Euro Accident indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om - og på hvilke vilkår - jeg kan få en forsikring. 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, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer
- Reassuranceselskab
- Min nuværende og tidligere bopælskommune
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.

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 min ansøgning:

- Min nuværende og tidligere læge
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre, ambulatorier og laboratorier
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer
- Reassuranceselskab
- Min nuværende og tidligere bopælskommune
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.

### 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
- Kommunale oplysninger om sygedagpenge, arbejdsprøvning, ressourceforløb, afgørelse om fleksjob og førtidspension eller andre sociale ydelser
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikringssag
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær og særlige arbejdsforhold.

Samtykket omfatter ikke oplysninger om:

- Andre personers, f.eks. slægtnings, aktuelle eller tidligere helbredstilstand
- Resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikringssøgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests)

Euro Accident Liv  
Ørestads Boulevard 67, 1. tv.  
DK - 2300 København S  
Tlf. +45 88 626 626  
[www.euroaccident.dk](http://www.euroaccident.dk)  
CVR-nr. 39727412

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

- 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 forsikringssøgende tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.

### For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på ti år forud for tidspunktet for min underskrift af dette samtykke og frem til det tidspunkt, hvor Euro Accident har taget stilling til min ansøgning om tegning eller ændring af forsikring.

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.

### 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.

\_\_\_\_\_