

Syg- og raskerklæring og Samtykkeerklæring

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

Dit fulde navn	CPR-nr.
Virksomhedsnavn	CVR-nr.
Formidlers navn/selskab	

Helbredsoplysninger

Vi beder dig udfylde denne erklæring, fordi oprettelse af dine forsikringsdækninger afhænger af dit helbred på oprettelsestidspunktet. Sæt kryds og noter årsag ved hvert spørgsmål.

Det er vigtigt, at du selv besvarer alle spørgsmål omhyggeligt, og returnerer blanketten til Euro Accident.

1.	Sæt kryds, hvis du: ☐ Ikke er fuldt arbejdsdygtig (Du betragtes ikke som fuldstændig rask og arbejdsdygtig, hvis der ved tilrettelæggelsen af dit arbejde, din arbejdsplads eller din arbejdstid er taget individuelle hensyn af helbredsmæssige årsager) ☐ Er sygemeldt, helt eller delvist ☐ Er ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager ☐ Er ansat med nogen form for lønkomensation fra arbejdsgiver forsikringsselskaber, det offentlige eller lignende ☐ Indenfor de sidste fem år har søgt om eller været bevilget en §56 eller §58A-aftale med nuværende eller tidligere arbejdsgiver? En §56 eller §58A-aftale betyder, at din arbejdsgiver får refusion af sygedagpenge fra din første sygedag ☐ Har forsikringer, som er omfattet af helbredsklausuler, forhøjet præmie eller indenfor de sidste fem år har fået afslag på tegning af forsikringer	Årsag:
2.	Sæt kryds, hvis du indenfor de sidste fem år har været, har søgt om eller hvis du på nuværende tidspunkt er godkendt/bevilget til: ☐ Revalidering ☐ Ressourceforløb eller jobafklaring ☐ Arbejdsprøvning ☐ Fleks- eller skånejob ☐ Modtaget offentlig førtidspension eller invaliditetsydelse ☐ Modtaget anden offentlig støtte fx bostøtte, mentor eller lignende pga. helbredsmæssige årsager	Årsag:
3.	Sæt kryds, hvis du: ☐ Har været sygemeldt i mere end 20 arbejdsdage indenfor de sidste 12 måneder	Årsag:

FOR VIRKSOMHEDER MED UNDER 30 ANSATTE

- Nytegning

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 ved oprettelse af forsikringerne

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, under Kontaktinformationer.

Samtykkegivers navn: _____

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Euro Accident i forbindelse med min ansøgning om oprettelse 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 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

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

Samtykket omfatter ikke oplysninger om:

- Andre personers, f.eks. slægtninges, aktuelle eller tidligere helbredstilstand
- Resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikringssøgende 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 forsikringssøgende 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. Tilbagetrækning 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.
