

Helbredserklæring 5 år / Samtykkeerklæring

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

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

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.

Anmeldelse af skade

Skader skal anmeldes hurtigst muligt til Euro Accident ved at udfylde en skadesblanket og sende den via kontaktformularen, som du finder under Kontaktinformationer på vores hjemmeside www.euroaccident.dk. Dette gælder dog ikke for skader vedrørende Sundhedsforsikringen. Disse skal anmeldes hurtigst muligt til Euro Accident på telefon 86 626 616.

1.	Har du søgt, er du indstillet til, har du fået eller får du offentlig førtidspension eller invaliditetsydelse?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Siden hvornår? _____ Måned/år
2.	Har du søgt, er du indstillet til, er du eller har du været i arbejdsprøvning, jobafklaringsforløb, fleksjob, skånejob, ressourceforløb eller under revalidering?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: 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: Årsag? _____ Hvornår? _____ Måned/år
4.	Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager, eller er der indgået en særlig aftale med din arbejdsgiver, f.eks. en §56 aftale?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Årsag? _____
5.	Er du helt eller delvist sygemeldt eller har du haft mere end 7 sammenhængende sygedage (arbejdsdage) indenfor de 5 år?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Årsag? _____ Antal sygedage? _____ I hvilke perioder? _____

Helbredserklæring fortsat

6.	Har du indenfor 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"/>	<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>_____</p> <p>Har du følger/gener <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Hvis ja, beskriv hvilke:</p> <p>_____</p>
7.	Er du henvist til eller optaget på venteliste til undersøgelse, behandling eller indlæggelse?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Årsag? _____</p> <p>Hvor/hos hvem? _____</p>
8.	Har du indenfor de seneste 5 år haft sygdomme i eller gener, herunder smerter, ubehag, muskelspændinger, gigttildelser, mm. fra hoved, nakke, ryg eller lænd?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Hvornår har du sidst oplevet dette? _____ Måned/år</p>
9.	Har du indenfor de seneste 5 år haft sygdomme i eller gener, herunder smerter, ubehag, muskelspændinger, gigttildelser, mm. fra skuldre, arme, albuer, hænder, hofter, bækken ben, knæ eller fødder?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Hvornår har du sidst oplevet dette? _____ Måned/år</p>
10.	Har du medfødte legemsfejl eller følger (mén) efter skader?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Hvilke? _____</p>
11.	Har du nedsat hørelse?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<p>Hvis Ja, udfyld her:</p> <p>Årsag? _____</p>

Helbredserklæring fortsat

12.	Har du nedsat syn?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Årsag? _____ Brille/kontaktlinsestyrke: Højre: +/- _____ Venstre: +/- _____
13.	Bruger du medicin (receptpligtig eller håndkøbsmedicin) ordineret af læge eller anden behandler	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Hvilke præparater? _____ _____ For hvad? _____ _____
14.	Har du indenfor de seneste 5 år, udover det allerede oplyste, været i medicinsk behandling mere end 1 måned, herunder med beroligende eller smertestillende medicin?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvilke præparater? _____ For hvad? _____
15.	a. Drikker du øl, vin, hedvin eller spiritus? b. Har du indenfor de seneste 5 år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus? c. Modtager du eller har du indenfor de seneste 5 år modtaget behandling eller rådgivning herfor?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Gennemsnitlig antal genstande ugentligt: _____ Gennemsnitlig antal genstande ugentligt: _____ Hvilken behandling? _____ I hvilke perioder? _____
16.	a. Ryger du? b. Hvis ikke, har du tidligere røget indenfor de seneste 5 år? c. Anvender du, eller har du anvendt hash, "hårde stoffer" (f.eks. heroin, speed, kokain, ecstasy, LSD) anabole midler, organiske opløsningsmidler, eller andre stimulerende midler?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, udfyld her: Hvor stort et dagligt forbrug? _____ antal cigaretter, cigarer, pibestop, Hvornår er du ophørt? _____ Måned/år Hvor stort et dagligt forbrug? _____ antal cigaretter, cigarer, pibestop, Hvilke stoffer? _____ I hvilke perioder? _____ Har du modtaget behandling/rådgivning herfor? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
17.	Hvad er din højde og vægt		Højde i cm. _____ Vægt i kg. _____
18.	Hvem er din læge?		Navn: _____ Adresse: _____ 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, 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 fortielse 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 forsikrings sag
- 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 5 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.
