

Helbredserklæring - udstationeringsforsikring

Til forsikrings søger:

Som forsikrings søgende skal du udfylde og underskrive denne erklæring. Det er nødvendigt, at du svarer på hvert enkelt spørgsmål.

Vores vurdering foretages på baggrund af de af dig afgivne oplysninger. Det er vigtigt, at oplysningerne er præcise og korrekte. Forties oplysninger eller afgives forkerte svar, der kan have en betydning for Goudas bedømmelse i forbindelse med antagelse af forsikringen, kan erstatningen nedsættes eller helt bortfalde i henhold til Lov om Forsikringsaftaler i Danmark. Samtidig kan forsikringsforholdet tages op til revurdering.

Du bedes udfylde blanketten med blokbogstaver.

1. Forsikrings søger

Navn:	Nationalitet:
E-mail:	CPR-nr./fødselsdato:
Udstationeringsland:	Virksomhedens navn:

2. Sygdomshistorik

Lider du af, har du nogensinde lidt af, haft symptomer på, været undersøgt eller behandlet for nogen af nedenstående lidelser eller noget relateret til det? Betragt eksemplerne som hjælp – de er ikke dækkende for alle tilstande. Eventuelle andre symptomer eller lidelser skal også anføres, og uddybelse og yderligere forklaring beskrives på sidste side.

Hvis din helbredstilstand ændrer sig, efter du har afleveret dine helbredsoplysninger og inden forsikringen træder i kraft, skal du give underretning om dette til Gouda med det samme for at få vurderet de nye oplysninger

A. Sygdomme i fordøjelsesorganer og stofskifte
Mavesår- og katar, syrerelaterede lidelser, blødninger (opkast, afføring). Inflammatoriske tarmsygdomme, diarre og forstoppelse. Lever- galdevejs- og bugspytkirtelsygdomme, gulsot, hæmorider og anal fissurer, fedme (BMI > 30), brok, diabetes. Funktionelle tarmlidelser. Øvrige lidelser i mave/ tarmsystemet.
 Ja Nej

B. Hjerter- eller kredsløbssygdomme
Blodpropper, smerter/trykken i brystet, forhøjet blodtryk, åreknuder, årebetændelse, hævede ankler, hjerterytmeforstyrrelser, pacemaker, kolesterolforhøjelse. Øvrige hjerter- og kredsløbslidelser.
 Ja Nej

C. Luftvejssygdomme, allergi og høfeber
KOL, bronkitis, astma, åndenød, emfysem, lungebetændelse og andre luftvejsslidelser. Allergi, høfeber, nældefeber. Tuberkulose, malaria, HIV, AIDS, andre infektions- og parasitsygdomme. Øvrige lidelser.
 Ja Nej

D. Hudsygdomme
Psoriasis, akne, generende skønhedspletter, modermærker eller lignende, eksem og udslæt. Lidelser i hovedbund og ansigt. Infektioner. Øvrige hudlidelser.
 Ja Nej

E. Blod- og lymfesygdomme, sygdomme i de hormonproducerende kirtler
Blødning, sygdomme i bloddannende organer, milt og lymfesystem. Hormonrelaterede lidelser. Øvrige lidelser.
 Ja Nej

F. Urinvejssygdomme og kvindesygdomme
Prostatilidelser, sten i urinvejene, inkontinens og vandladningsbesvær, infektioner, andre lidelser i urinveje og kønsorganer. Menstruationsforstyrrelser, symptomer pga. overgangsalder. Sygdom i kvindelige kønsorganer / hormonforstyrrelser eller hormonbehandling. Gener ved tidligere graviditet / fødsel. Notér også hvis du er gravid eller har grund til at tro det pga. eksempelvis udeblivende menstruation.
 Ja Nej

2. Sygdomshistorik - fortsat

G. Kræft, andre tumorer/svulster, immunrelaterede lidelser Enhver type kræft eller forstadie til/mistanke om kræft. Polypper i tarm, godartede tumorer/vækster <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
H. Muskler, knogler, led og bindevævssygdomme Alle gigtlidelser, herunder også begyndende slidgigt. Knogle-, muskel-, led- og ledbåndsskader. Kunstige led og ledbånd, knogleskørhed. Diskusprolaps, degeneration og inflammation. Øvrige muskel/knogle/led eller bindevævslidelser. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
I. Øjen-, øre-, næse-, hals- og tandsygdomme Synshandicap, nærsynethed med styrke over -6, nethindeløsning, grøn og grå stær, andre øjenlidelser. Langvarige eller gentagne gange med øreinfektioner, væske i mellemøret, bihulebetændelse, andre øre/næse/halslidelser. Drænbekledning. Tandinfektioner, tandkødsbetændelse, problemer med visdomstænder eller behandlingskrævende fejlstilling af tænder. Tandsygdomme. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
J. Sygdomme i nervesystem/hjerne Epilepsi, migræne og hovedpinelidelser, sklerose, slagtilfælde, alkoholrelaterede lidelser, demens, hjerneskade, infektioner og arvelige sygdomme, parkinsonisme, smerter og andre neurologiske lidelser. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
K. Psykiske lidelser og adfærdsførstyrrelser Nervøsitet, angst, psykotiske tilstande, depression, mani, søvnløshed, alkohol-, narkotika- og andre afhængighedssygdomme. Demens. Udviklings- og adfærdsførstyrrelser, tvangshandlinger (ADHD, OCD m.m.) Spiseførstyrrelser. Øvrige psykiske lidelser og symptomer. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
L. Andre sygdomme og symptomer, som ikke falder ind under ovenstående <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
M. Din nuværende helbredstilstand Har du inden for de seneste 6 måneder oplevet tegn eller symptomer på sygdomme eller lidelser, uanset om du har konsulteret en læge eller anden sundhedsfaglig person i forbindelse hermed. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
N. Medicin Bruger du eller har du brugt lægeordineret/alternativ medicin? Herunder også nervemedicin, blodtryksmedicin m.m. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
O. Anden forsørgelse/erstatning Har du søgt eller fået offentlig ydelse eller erstatning, pension eller lignende, på grund af sygdom eller skade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hvis ja: Hvilken ydelse?	Hvornår?	Hvorfor?
P. Alkohol Drikker du, eller har du på noget tidspunkt i en periode over 6 måneder drukket over 21 genstande (mænd) / 14 genstande (kvinder) om ugen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hvis ja: Hvornår?		
Q. Hvad er din højde og vægt?	Højde:	Vægt:
R. Graviditet Er du gravid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, termin:		

3. Samtykke og underskrift

Såfremt Gouda Rejseforsikring har brug for yderligere oplysninger i form af kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, er det forsikrings søgende, der skal fremskaffe dette på opfordring. Er du allerede i besiddelse af dette materiale, kan det vedlægges.

Jeg giver hermed mit samtykke til at Gouda Rejseforsikring må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysningerne må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi, samt hos andre forsikrings selskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikrings selskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen, samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter alene oplysninger, der ligger forud for det tidspunkt, hvor Gouda Rejseforsikring i givet fald accepterer den ønskede forsikring.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Gouda Rejseforsikring.

Forsikrings søgendes underskrift:	Dato:
-----------------------------------	-------

4. Tidligere oplysninger

Hvis du har svaret ja til nogen af spørgsmålene i punkterne vedrørende din helbredsmæssige tilstand, skal denne del udfyldes.
Punkt: Du bedes angive så præcist som muligt navnet på sygdommen eller helbredsproblemet. Hvis der ikke er plads nok, bedes du anvende en separat beskrivelse eller vedlægge relevant journalmateriale.
Hvornår begyndte symptomerne, og hvornår blev behandlingen afsluttet?
Hvilken behandling modtog du, og hvornår modtog du behandling? (Angiv datoer, navne og oplysning om medicin)
Hvad var resultatet af behandlingen (fx vedvarende behandling, fuldstændig helbredelse, tilbagevendende sygdom eller sandsynlighed for tilbagefald)?
Punkt: Du bedes angive så præcist som muligt navnet på sygdommen eller helbredsproblemet. Hvis der ikke er plads nok, bedes du anvende en separat beskrivelse eller vedlægge relevant journalmateriale.
Hvornår begyndte symptomerne, og hvornår blev behandlingen afsluttet?
Hvilken behandling modtog du, og hvornår modtog du behandling? (Angiv datoer, navne og oplysning om medicin)
Hvad var resultatet af behandlingen (fx vedvarende behandling, fuldstændig helbredelse, tilbagevendende sygdom eller sandsynlighed for tilbagefald)?
Punkt: Du bedes angive så præcist som muligt navnet på sygdommen eller helbredsproblemet. Hvis der ikke er plads nok, bedes du anvende en separat beskrivelse eller vedlægge relevant journalmateriale.
Hvornår begyndte symptomerne, og hvornår blev behandlingen afsluttet?
Hvilken behandling modtog du, og hvornår modtog du behandling? (Angiv datoer, navne og oplysning om medicin)
Hvad var resultatet af behandlingen (fx vedvarende behandling, fuldstændig helbredelse, tilbagevendende sygdom eller sandsynlighed for tilbagefald)?

5. Egen læge/behandlende læge

Navn:	
Adresse:	
Telefon:	E-mail:

A.C. Meyers Vænge 9 • DK-2450 København SV • CVR-nr. 33 25 92 47 • Tlf.: (+45) 88 20 88 20 • Fax: (+45) 88 20 88 21

E-mail: gouda@gouda.dk • web: gouda.dk • CVR-nr. 33 25 92 47

En del af Gjensidige • Dansk filial af Gjensidige Forsikring ASA, Norge • ORG-nr. 995 568 217