

Helbredserklæring for rejsende over 70 år



Skal kun indsendes, hvis du ønsker at være dækket af en rejseforsikring i Gouda Rejseforsikring. Erklæringen skal udfyldes af forsikringssøgeren selv. Blanketten er på to sider og alle punkter skal udfyldes meget omhyggeligt; da vi ellers vil være nødsaget til at tage forbehold eller returnere blanketten.

Blanketten skal kun bruges til rejser, der går til lande uden for EU/EØS-området, hvis du er fyldt 70 år på afrejsetidspunktet. Rejser du i EU/EØS-området vil du være dækket på samme måde som de yngre rejsende.

Helbredserklæringen skal indsendes senest 14 dage før afrejsen, og det tager normalt 5 hverdage at behandle den. I visse tilfælde kan der være behov for yderligere oplysninger, det kan fx være ved høj alder, lang rejse, særlige sygdomme eller hvis noget i helbredstilstanden ikke har været stabilt eller ved mangelfuldt udfyldt helbredserklæring.

Udfyld venligst erklæringen med blokbogstaver. Indsend til **medicinsk@gouda.dk** eller med post. Husk at gemme dokumentet inden du sender.

Til Goudas notater:
Godkendt:
Forbehold:
Afslag:

1. Forsikringstager

Navn:	Cpr – nummer:
Adresse:	Postnr.: By:
Telefon:	E-mail:

2. Forsikringer

Har du allerede en forsikring i Gouda? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Policenr. rejseforsikring:	Policenr. afbestilling:
Indboselskab:		Evt policenr.:
Evt. andet rejseforsikringsselskab:		Evt policenr.:
Evt. andet afbestillingsselskab:		Evt policenr.:

3. Oplysninger om rejsen

Rejsemål (skriv navnene på de lande, du skal besøge):	
Afrejsedato:	Hjemkomstdato:
Rejsearrangør:	Evt. ordrenr.:

4. Oplysninger om din læge

Lægens navn og adresse:

5. Sygdomme

Hvilke sygdomme har du? (Det er vigtigt, at du noterer alt, hvad du fejler)	Tidspunkt for sygdommens opståen

5. Sygdomme fortsat

Lider du af andre sygdomme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja: Hvilke og hvornår er de opstået?
Har der været ændring af behandlingen inden for de seneste to år <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken og hvornår?
Har du, eller har du haft symptomer af nogen art de seneste 6 måneder? Skriv også for de ovenfor nævnte sygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvis ja, hvilke?	Dato

6. Medicin eller anden behandling

(Hvis du vedlægger en medicinliste, skal samtlige spørgsmål nedenfor være besvaret alligevel)

Får du behandling for dine sygdomme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Præparat eller anden behandling	Dosis	Ordinationsdato	Dato for seneste ændring

Ved evt. ændringer inden for de seneste 6 måneder, skal årsagen skrives her

Præparat	Ændring/ ophør og årsag	Dato for ændring/ophør

7. Anden behandling m.m.

Har du inden for de seneste to år har infektioner, opblussen af sygdom, haft symptomer af nogen art, været til læge, fysioterapeut, kiropraktor eller anden form for behandler eller gennemgået operation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hvis ja, hvilken behandler:	Hvilken behandling:	Dato:
Er du skrevet op til/afventer behandling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, til hvad og hvornår	
Er der sket ændringer i dit helbred de seneste 2 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken og hvornår	

Underskrift og samtykkeerklæringen

Jeg giver samtykke til, at Gouda Rejseforsikring kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, som er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor Gouda Rejseforsikring har accepteret den ønskede forsikring. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som kan suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis forsikringsselskabet ønsker dette. Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse, og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. Andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen	
<input type="checkbox"/>	Sæt kryds her, hvis du accepterer.
Dato:	Forsikringssøgerens navn/underskrift