

**Skadesanmeldelse og Samtykkeerklæring  
Sundhedsforsikring**

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

Dit fulde navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr./by
Tlf./mobil	E-mail
Medlem af Sygeforsikringen Danmark (hvis ja, hvilken gruppe)	
Nuværende arbejdsgiver	Aftalenummer

1.	Hvad har du behov for hjælp til?	<input type="checkbox"/> Fysisk behandling: _____ <input type="checkbox"/> Undersøgelse og speciallæge <input type="checkbox"/> Psykolog eller psykiater <input type="checkbox"/> Andet: _____
2.	Hvornår havde du første gang symptomer på sygdommen/generne, og hvilke symptomer havde du?	Dato: _____  Symptomer: _____ _____ _____
3.	Hvordan er generne opstået, og er det i forbindelse med arbejde?	_____ _____ _____
4.	Hvornår henvendte du dig første gang til en læge i forbindelse med sygdommen/generne, og har du fået henvisning fra egen læge?	Dato: _____  Henvisning: _____ _____
5.	Er du sygemeldt? Hvis ja, siden hvilken dato?	_____ _____ _____

6.	Har du tidligere oplevet samme gener/symptomer? Hvis ja, hvornår?	<hr/> <hr/> <hr/>
7.	Er du startet i behandling? Hvis ja, hvornår?	<hr/> <hr/>

**Underskrift**

Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet.

Dato

Underskrift

---

Samtykkeerklæring på næste side skal også udfyldes og underskrives for at Euro Accident kan behandle ansøgningen.

## Samtykkeerklæring i forbindelse med skadesanmeldelse Sundhedsforsikring

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

Forsikredes navn: \_\_\_\_\_

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Euro Accident i forbindelse med min sag må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af forsikringssagen, og at Euro Accident i den forbindelse må videregive relevante oplysninger til identifikation af mig og min forsikringssag 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
- Andre forsikringsselskaber og pensionskasser
- 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
- Forsikringsselskaber 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

### 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 forsikringssag. 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.

\_\_\_\_\_