

UDSTATIONERINGSFORSIKRING HELBREDSERKLÆRING

Udfyldes af ansøgeren

Virksomhedens navn		Policenr.	
Fornavn og efternavn			Fødselsdato (dato, måned, år)
Privat bopæl i udlandet			Postnr.
Land	By	E-mail	

INFORMATION OM DIT GENERELLE HELBRED

1. Lider du af en eller flere af følgende sygdomme/tilstande ?	Sygdommens navn	Dato for sygdoms begyndelse	Sygdommens varighed	Eventuelle følger/virkninger af sygdommen
a. Tilstand/e i øvre luftveje Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand med hyppige forkølelser, bihuletændelser, halsbetændelser, strube- og/eller strubelågsbetændelse eller allergier?				
b. Tilstand/e i nedre luftveje Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand med blodpropper i lungene, KOL/kronisk obstruktiv lungesygdom, medfødt lungesygdom, bryst smerter, åndenød, astma, bronkitis, lungebetændelser?				
c. Øjne Ja Nej Bruger du briller/kontaktlinser - angiv da din aktuelle styrke Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere tilstand med øjensygdomme?				
d. Ører: Ja Nej Lider du af hørenedsættelse? Har du nogen eksisterende, kronisk eller tidligere tilstand med øresygdomme?				
e. Tilstand/e i hjerte og kredsløb Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i hjerte og/eller kredsløb? F.eks. forhøjet blodtryk, bryst smerter/Angina Pectoris, blodpropper, hjertesvigt, hjerterytmeforstyrrelse, blodsygdomme, medfødt hjertesygdom, hjertetransplanteret, hævede ben og ankler eller åreknuder?				
f. Tilstand/e i mave og tarm Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i din mave og/eller tarm? F.eks. mave-/tarmsår, colitis ulcerosa, Mb. Crohn, divertikler/udposninger på tarmen/e, varicer, medfødt sygdom i mave og/eller tarm, tarmbrok eller andre sygdomme i mave-/tarmsystemet?				
g. Tilstand/e i lever, milt og galdeveje Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i din lever, milt og/eller galdeveje. F.eks. kronisk leverbetændelse, bugspytkirtel betændelse, galdesten, splenektomeret/fået fjernet milten eller levertransplanteret?				
h. Tilstand/e i hjerne og/eller nervesystem Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i hjerne og/eller nervesystem? F.eks. hovedpine, hyppige anfald af svimmelhed, besvimelse, krampeanfald, nedsat følesans, lammelse, syndrom i hjerne og/eller nervesystem, nervesmerter?				
i. Psykisk lidelse og tilstand/e Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere psykisk sygdom/tilstand? F.eks. personlighedsforstyrrelse, angst, klaustrofobi, depression, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser, ADHD eller Tourette syndrom?				
j. Tilstand/e i nyre - urinveje og kønsorganer Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i dine nyrer, urinveje eller kønsorganer? F.eks. prostatalidelse, hyppige urinvejs- eller blærebetændelser, nyrebækkenbetændelse, nyresten, medfødt sygdom eller andre tilstande relateret til nyre, urinveje og/eller kønsorganer?				
k. Tilstand/e i knogler, led eller muskler Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i knogler, led eller muskler? F.eks. gigt, ryglidelse herunder ischias, lumbago, diskusprolaps, autoimmun sygdom, frakturer < 10 år, tilstand i leddene i: hofte, skulder, albue, hånd, knæ og/eller ankel?				

I. Tilstand med kræft Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand med f.eks. tumorer, svulster, blodsygdomme eller celleforandringer?	Ja	Nej				
m. Tilstand/e i huden Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i huden? F.eks. udslæt, sår, allergi, psoriasis, modermærker af typen melanom eller sarkom?	Ja	Nej				
n. Endokrinologisk tilstand/e Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i kroppens kirtler eller i din hormonbalance? F.eks. sukkersyge, struma, urinsyreigt, sygdomme i hypofysen, hormonel ubalance, vækstforstyrrelse?	Ja	Nej				
o. Har du andre eksisterende, kroniske eller tidligere sygdomme/tilstande bortset fra almindelige børnesygdomme?	Ja	Nej				

ØVRIGE HELBREDSMÆSSIGE OPLYSNINGER

2. Har du været udsat for alvorlige ulykker (skader, brud)?	Ja	Nej
3.a. Bruger du lægemiddel ordineret af læge eller anden behandler ?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke? _____	For hvad? _____	
_____	_____	
3.b. Har du tidligere brugt lægemiddel gennem længere tid (mere end en måned) ?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke? _____	For hvad? _____	
_____	_____	
4.a. Har du været indlagt på hospital, klinik eller anden institution, hvor formålet har været observation eller behandling, for en tilstand?	Ja	Nej
Hvor? _____	For hvad? _____	Dato og varighed _____
_____	_____	_____
4.b. Har du gennemgået en operation?	Ja	Nej
Hvor? _____	For hvad? _____	Dato og varighed _____
_____	_____	_____
4.c. Er du blevet undersøgt eller behandlet hos en speciallæge?	Ja	Nej
Hvor? _____	For hvad? _____	Dato og varighed _____
_____	_____	_____

5. Er du for tiden fuldstændig rask? Ja Nej

6.a. Højde? cm **6.b. Vægt?** kg

7. Navn og adresse på din nuværende læge, og hvis muligt din tidligere læge

Din nuværende læges navn og adresse:

Din tidligere læges navn og adresse:

8. KUN TIL KVINDER

Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere gynækologisk sygdom/tilstand?

Ja Nej

Bruger du eller har du brugt hormoner?

Ja Nej

Hvis du har svaret ja til et af ovenstående spørgsmål - uddyb venligst, for hvilken tilstand?

SAMTYKKE OG UNDERSKRIFT

Jeg erklærer hermed, at de afgivne oplysninger er korrekte. Jeg er bevidst om, at Europæiske ERV's erstatningspligt kan blive reduceret eller falde helt bort i henhold til dansk ret, hvis jeg afgiver forkerte oplysninger. Jeg giver samtykke til, at Europæiske ERV må indhente og opbevare mine helbredsoplysninger, samt videregive disse til autoriserede sundhedspersoner, hospitaler, sundhedsmæssige institutioner, offentlige instanser, forsikringsselskaber, Ankenævnet for Forsikring, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring mv. Samtykket omfatter kun den i skadeanmeldelsen beskrevne diagnose/skade. Med mit samtykke accepterer jeg, at Europæiske ERV indhenter, opbevarer og videregiver mit cpr-nummer til brug for indhentningen af mine helbredsoplysninger, herunder hos læger, samarbejdspartnere og behandlingssteder som led i sagsbehandlingen af min anmeldte skade. Husk, at det til enhver tid er muligt at trække dit samtykke tilbage med virkning for fremtiden ved at kontakte Europæiske ERV. Læs mere om dine rettigheder på vores hjemmeside www.erv.dk under "Persondatapolitik". Du skal dog være opmærksom på, at tilbagetrækning kan have betydning for Europæiske ERVs evne til at behandle din sag, og at vi er forpligtet af lov og regler omkring opbevaring og arkivering af dine oplysninger, når der først er indgået en gyldig aftale om forsikring.

Sikredes underskrift

Cpr. nummer

Dato