

Helbredserklæring

FOR REJSENDE OVER 70 ÅR



Ved rejser uden for Europa skal du indsende helbredserklæring, hvis du er fyldt 70 år før afrejsen. Helbredserklæringen skal godkendes af Gouda, inden du rejser – ellers dækker rejseforsikringen ikke. For at kunne behandle erklæringen skal Gouda modtage denne senest 14 dage inden afrejsen. Ekspeditionstiden er almindeligvis 1 uge.

Lider du af en kronisk sygdom skal du og din læge desuden udfylde en ansøgning om forhåndstilsagn. Ansøgningen skal indsendes sammen med helbredserklæringen. Du kan finde ansøgningsskemaet på vores hjemmeside eller kontakte os per telefon eller mail og få skemaet tilsendt.

Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Postnr./by:	<input type="text"/>	Tlf.nr.:	<input type="text"/>
Rejsemål:	<input type="text"/>	Afrejседato:	<input type="text"/>
Rejsens formål:	<input type="text"/>	Hjemkomstdato:	<input type="text"/>
Rejsearrangør:	<input type="text"/>		
Evt. policenr. på rejseforsikring:	<input type="text"/>		
Evt. policenr. på afbestillingsforsikring:	<input type="text"/>		
Navn, adresse og tlf.nr. på egen læge:	<input type="text"/>		

Du er velkommen til at kontakte Gouda eller din læge, hvis du er i tvivl om besvarelsen af helbredserklæringen. Honorar til din egen læge, skal du dog selv afholde.

1. Har du en kendt sygdom/kendte sygdomme? Ja Nej

Hvis ja,

Hvad er sygdommen (diagnose på latin/dansk)

Konstateret år

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Er du sat under udredning for nogen symptomer? Ja Nej

Hvis ja,

Hvilke

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Helbredserklæring

FOR REJSENDE OVER 70 ÅR



3. Modtager du medicinsk behandling? Ja Nej

Hvis ja, husk at oplyse om sygdommen i punkt 1 samt at udfylde nedenstående:

Navn på medicin	Dosis	Behandling indledt	Sidst ændret

4. Har du inden for de sidste 2 år modtaget anden behandling, f.eks. fysioterapi eller anden ikke-lægelig behandling? Ja Nej

Hvis ja,

Sygdom/symptom	Dato for henvisning	Undersøgelse/behandling

5. Venter du på undersøgelse eller behandling? Ja Nej

Hvis ja,

Sygdom/symptom	Dato for henvisning	Undersøgelse/behandling

Jeg giver hermed samtykke til, at Gouda Rejseforsikring kan indhente de oplysninger om mine helbredsforhold, der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor Gouda 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 forsikringssselskabet ønsker det.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre forsikringssselskaber og pensionskasser. Andre forsikringssselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Dato: _____ Forsikringssøgendes underskrift: _____

Sendes til: Gouda Rejseforsikring, att. Medicinsk afdeling, Sejrøgade 7, 2100 København Ø