

# Til lægen

## ANSØGNING OM FORHÅNDSTILSAGN



Deres patient ønsker et forhåndstilsagn om dækning for sygdom eller hjemtransport i forbindelse med en forestående rejse. Patienten har en kronisk eller eksisterende lidelse/sygdom, som kan betyde, at der på rejsen opstår et behandlingsbehov. For at Goudas læge kan tage stilling til forsikringsmulighed og evt. forbehold, bedes De udfylde nedenstående skema og returnere det til Gouda. Ekspeditionstiden er normalt 1 uge.

Udgifter i forbindelse med lægeerklæringen afholdes af ansøger.

Såfremt patienten er fyldt 70 år skal patienten også udfylde en særlig Helbredsformular. Denne kan rekvireres hos Gouda.

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"/>		

### UDFYLDES AF FORSIKRINGSSØGENDES LÆGE

Diagnose:

Hvornår blev lidelsen konstateret?  Har lidelsen givet anledning til kirurgisk behandling? Ja  Nej

Hvis ja, hvilket indgreb, hvor og hvornår?

Har lidelsen givet anledning til indlæggelse på hospital inden for de sidste 6 måneder før afrejsen fra Danmark? Ja  Nej

Hvis ja, angiv dato for indlæggelse samt hvor og hvor længe patienten var indlagt:

Har der været ændringer i den medicinske behandling inden for de sidste 6 måneder før afrejsen fra Danmark? Ja  Nej

Hvis ja, hvilke ændringer? (præparater og dosering)

Er der sket en forværring af lidelsen, som har medført lægebesøg ud over almindelig kontrol inden for de sidste 6 måneder før afrejsen fra Danmark? Ja  Nej  Hvis ja, hvornår?

Hvis ja, hvilken forværring?

Er der planlagt undersøgelser eller behandling? Ja  Nej  Hvis ja, angiv dato:

Hvis ja, angiv årsag til undersøgelser eller behandling:

Dato:  Lægens underskrift/stempel:

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 forsikringselskabet ønsker det.

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

Dato:  Forsikringssoegendes underskrift:

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