

**Til ansøger:**

Udfyld dine egne data og underskriv blanketten.

Når din læge har besvaret spørgsmålene om dit helbred, indsender du blanketten til: Gouda Rejseforsikring, att. Medicinsk afdeling, A.C. Meyers Vænge 9, 2450 København SV eller per mail til **medicinsk@gouda.dk**.

**NB: Blanketten er på 2 sider. Begge sider skal udfyldes og indsendes. Alle spørgsmål skal besvares. Du bedes udfylde blanketten med blokbogstaver.**

1. FORSIKRINGSTAGER	
Navn:	CPR-nr.:
Adresse:	
Post nr.:	By:
Tlf. nr.:	E-mail:
Firma:	Police nr.:

2. OPLYSNINGER OM REJSEN	
Rejsemål (land):	
Planlagt afrejsedato (dd/mm/åå):	Planlagt hjemkomst dato (dd/mm/åå):

3. LÆGE			
<p><b>Til lægen:</b> Din patient ønsker en forhåndsvurdering om dækning for sygdom eller hjemtransport i forbindelse med en forestående rejse. Patienten har/har haft en lidelse, som kan betyde, at der på rejsen opstår et behandlingsbehov.</p> <p>For at Gouda kan tage stilling til forsikringsmulighed og evt. forbehold, bedes du udfylde nedenstående felter.</p> <p><b>Udgifter i forbindelse med lægeerklæringen afholdes af ansøger.</b></p> <p>Hvilken sygdom/symptomer ønsker patienten en forhåndsvurdering af?</p>			<b>Til Goudas noter:</b>
			Godkendt:
			Forbehold:
			Afslag:
Hvornår er sygdommen opstået?			
Hvilket behandlingsbehov kan opstå?			
Er der stadig symptomer? (Sæt kryds)	Ja:	Nej:	Hvis ja, hvilke?
Har lidelsen medført kirurgisk behandling?	Ja:	Nej:	Hvis ja, hvilken?
Tid og sted for behandlingen?			
Hvilken anden behandling gives iverigt/har været givet de seneste 6 måneder?		Hvornår?	
Er der sket ændringer i den medicinske behandling de seneste 6 måneder?		Ja:	Nej:
Hvis ja, hvilken? Og for hvad?			Hvornår:
Har patienten været indlagt de seneste 6 måneder?		Ja:	Nej:
Hvis ja, hvor og hvornår?			

Er der sket forværring af lidelsen de seneste 6 måneder?	Ja:	Nej:		
Hvis ja, hvornår og hvilken?				
Har patienten andre sygdomme/symptomer?	Ja:	Nej:		
Hvis ja, hvilke?				
Venter patienten på undersøgelser/behandling eller videre udredning?	Ja:	Nej:		
Hvis ja, hvilken undersøgelse/behandling?				
Hvis ja, evt. dato for dette?				
Har patienten været sygemeldt?	Ja:	Nej:	Fra (dato):	Til (dato):

#### 4. OPLYSNINGER OM KLINIKKEN

Klinikkens navn og adresse:

Dato:

Lægens underskrift:

#### 5. UNDERSKRIFT

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 samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger

Dato:

Forsikringsøgendes underskrift: