

Ansøgning om forhåndsgodkendelse

<p>Til ansøger: Udfyld dine egne data og underskriv blanketten. Når din læge har besvaret spørgsmålene om dit helbred, sender du blanketten til:</p> <p>Gouda Rejseforsikring, att. Medicinsk afdeling, Sejrøgade 7, 2100 København Ø.</p> <p>Ekspeditionen er normalt 5 hverdage. Du skal selv betale evt. honorar til din læge. Læs vejledning i udfyldelse af ansøgningen om forhåndsgodkendelse på side 3.</p> <p>Rejser du i EU/EØS-landene under en måned, gælder særlige regler. Læs vejledning på side 3.</p> <p><i>NB: Blanketten er på 2 sider. Begge sider skal udfyldes og sendes. Alle spørgsmål skal besvares.</i></p>					
					
1. Medlem	Navn:		Policenr.:		CPR-nr.:
	Adresse:				
	Post nr.:		By:		
	Tlf.nr.:		E-mail:		
2. Ansøger	Navn:		CPR-nr.:		
3. Oplysninger om rejsen	Rejsemål (land):				
	Planlagt afrejsedato (dd/mm/åå):		Planlagt hjemkomstdato (dd/mm/åå):		
	Rejsens formål:				
	Rejsearrangør/rejsebureau:		Evt. ordrenummer:		
4. Til lægen	<p>Til lægen: Din patient ønsker et forhåndstilsagn om dækning for sygdom eller hjemtransport i forbindelse med en rejse. Patienten har/har haft en lidelse som kan betyde at der opstår et behandlingsbehov på rejsen.</p> <p>Gouda kan tage stilling til forsikringsmulighed og evt. forbehold, derfor beder vi dig udfylde nedenstående felter. Udgifter i forbindelse med lægeerklæringen betales af forsikringstageren.</p>				
5. Patientens lidelse	Hvilken sygdom har patienten?				
	Hvornår er sygdommen opstået (mm/åå)?				
	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/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, for hvad?		
Hvornår?	Fra (dd/mm/åå):	Til (dd/mm/åå):
Er der sket en forværring af lidelsen de seneste 6 måneder?	Ja:	Nej:
Hvis ja, hvornår og hvilken?		
Venter patienten på undersøgelser/behandling eller videre udredning?	Ja:	Nej:
Hvis ja, hvilken undersøgelse/behandling?		
Hvis ja, evt. dato for dette? (dd/mm/åå)		

6. Oplysninger om klinikken	Klinikkens navn:	Tlf.:
	Klinikkens adresse:	
	Post nr.:	By:
	Dato:	Lægens underskrift:

7. Underskrift	<p>Jeg giver samtykke til, at Gouda Rejseforsikring på vegne af Popermo forsikring 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 Popermo 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 dette.</p> <p>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.</p>	
	Dato:	Forsikringsansøgers underskrift: