



EGENERKLÆRING OM HELSE

Agentnr. og navn (fylles ut av Europ Assistance).....

Ref.nr. (fylles ut av Europ Assistance).....

Før hver reise må alle som har fylt 70 år, eller som fyller 70 år i løpet av reisen sende en egenerklæring om sin helsetilstand til Europ Assistance, c/o Falck TravelCare Postboks 172, Sentrum, 0102 OSLO. Telefonnummer 23 35 77 77, fax. 21 06 27 46.

Egenerklæringen må sendes til oss i god tid før reisen starter, senest 1 måned før avreise. Egenerklæringen må fylles ut for hver enkelt reise.

Tilsendte opplysninger om din helsetilstand vil bli vurdert av helsepersonell og behandlet konfidensielt.

Navn:.....Fødselsdato/personnr.:.....

Telefon/mobil:.....

Adresse:.....Postnr./Sted.....

E-post:.....

Planlagt reise til (land):.....

Fra og med:.....Til og med.....

Har du noen form før sykdom/lidelse?

Hvis ja: Hvilke(n)?.....

Når ble du syk? (Dag, mnd, år).....

(Dag, mnd, år).....

Har du i løpet av de siste 12 månedene vært til kontroll/undersøkelse/behandling hos lege?

Hvis ja: Når? (Dag, mnd, år).....

(Dag, mnd, år).....

Behandlerens navn:.....

Diagnose/sykdom:.....

Har du i løpet av de siste 12 månedene brukt reseptbelagte medisiner regelmessig/ i perioder?

Hvis ja: Når? (Dag, mnd, år).....

(Dag, mnd, år).....

Sykehusets navn.....

Diagnose/sykdom.....

Er det planlagt eller er du anbefalt noen form for undersøkelse, behandling eller operasjon?

Hvis ja: Når? (Dag, mnd, år).....

(Dag, mnd, år).....

Hvilken?.....

Har du i løpet av de siste 2 år vært syk under utenlandsopphold?

Hvis ja: Når? (Dag, mnd, år).....

(Dag, mnd, år).....

Diagnose/sykdom.....

Ble utgiftene da betalt av reiseforsikringen?

Hvis ja, oppgi hvilket forsikringsselskap:.....

Informasjon etter pålegg fra Datatilsynet

Jeg er kjent med

- at de opplysninger jeg gir kan bli kontrollert mot offentlige registre
- at selskapet er pålagt å rapportere visse opplysninger om kundeforholdet til Myndighetene

Opplysningsplikt

Jeg erklærer at opplysningene er gitt så nøyaktig som mulig, og jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikringen blir ugyldig og at erstatningen ikke blir utbetalt etter forsikringsvilkårenes bestemmelser.

Sted:.....

Dato:.....

Underskrift:.....