

# HELBREDSKEMA FOR PERSONER OVER 80 ÅR

Rejseforsikring



Personer, der er fyldt 80 år på afrejsedatoen eller fylder 80 år på rejsen, skal indsende medicinske oplysninger inden hver rejse. Selskabets lægekonsulenter afgør, om der kan udstedes forhåndstilsagn på dækning.

(Formularen kan udfyldes elektronisk, men skal underskrives i hånden)

A) OPLYSNINGER OM FORSIKREDE			
Policenummer	<input type="text"/>	Afrejsedato	<input type="text"/>
Rejsemål	<input type="text"/>		
Fornavn(e)	<input type="text"/>	CPR-nr.	<input type="text"/>
Efternavn(e)	<input type="text"/>	Køn (m/k)	<input type="text"/>
Bopælsadresse	<input type="text"/>		
Postnummer	<input type="text"/>		
By	<input type="text"/>	Telefonnr.	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

## B) HELBREDSOPLYSNINGER

I dette afsnit anmodes om sundheds- og helbredsoplysninger — dvs. vedrørende tidligere og nuværende kendte sygdomme samt mistanke om sygdomme. Sæt venligst et flueben ved JA eller NEJ for hvert af spørgsmålene 1-16 og besvar spørgsmålene 17-18. Hvis du sætter et flueben ved JA for et eller flere af spørgsmålene 1-16 i dette Helbredsskema, bedes du anføre uddybende oplysninger i Afsnit C (Yderligere Oplysninger). Sørg venligst for, at du oplyser os om alle kendte sygdomme eller symptomer, eller hvis du har mistanke om eventuelle sygdomme og symptomer, selv hvis du endnu ikke har søgt professionel hjælp.

### 1) Hjerte- eller kredsløbssygdomme

f.eks. forhøjet blodtryk, hjertekrampe/brystsmerter, hjerteanfald, hjertesvigt, unormal hjerterytme, aneurismer, åreknuder, andre relaterede symptomer/sygdomme

JA  NEJ

### 2) Endokrine (kirtel-) sygdomme

f.eks. fedme, problemer med skjoldbruskkirtlen, diabetes type 1, diabetes type 2, colitis, leversygdomme, skrumpeliver, andre relaterede symptomer/sygdomme

JA  NEJ

### 3) Åndedrætsbesvær eller respiratoriske lidelser

f.eks. astma, KOL, åndenød, lungebetændelse, bronkitis, tuberkulose, allergier (herunder høfeber og anafylaksi), brystinfektioner, andre relaterede symptomer/sygdomme

JA  NEJ

### 4) Lidelser i mave, tarme, lever eller galdeblære

f.eks. mavekatarr/mavesår, irriteret tarm, Crohns sygdom, colitis, skrumpeliver, mavesmerter, ændring i afføringsmønster, pancreatitis, brok, leverbetændelse, galdesten, hæmorider, andre relaterede symptomer/sygdomme

JA  NEJ

### 5) Cancer, tumorer eller svulster

f.eks. polypper, godartede vækster, alle kræftsygdomme eller forstadier til kræftsygdomme, andre symptomer/sygdomme

JA  NEJ

### 6) Hudproblemer

f.eks. allergiske tilstande, udslæt, psoriasis, acne, cyster, modermærker, der klør eller bløder, dermatitis, eksem, andre relaterede symptomer/sygdomme

JA  NEJ

### 7) Sygdomme i hjernen eller nervesystemet

f.eks. slagtilfælde, demens, migræne, gentagen hovedpine, multipel sklerose, nervesmerter (herunder iskias og helvedesild), epilepsi/kramper, meningitis, andre relaterede symptomer/sygdomme

JA  NEJ

### 8) Sygdomme i muskler eller knogler

f.eks. gigt, rygmerter, nakke-/skulderproblemer, problemer i brusk og ledbånd, ledudskiftninger, knoglebrud, podagra, osteoporose, inflammatoriske tilstande, andre relaterede symptomer/sygdomme

JA  NEJ

Fortsættes på næste side >

# HELBREDSKEMA FOR PERSONER OVER 80 ÅR



Rejseforsikring

Efternavn

Fødselsdato (dd/mm/åå)

<b>9) Sygdomme i urinveje og kønsorganer</b>	
f.eks. nyre- eller blæreproblemer (herunder nyresvigt), tilbagevendende urinvejsinfektioner, inkontinens, blødninger, endometriose, seksuelt overførte infektioner, polycystiske æggestokke, testikel- eller prostatalidelser, unormale smears, andre relaterede symptomer/sygdomme	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ
<b>10) Blod-/infektøse-/immunsygdomme</b>	
f.eks. unormale blodprøver, højt kolesteroltal, anæmi, hepatitis A-B-C, malaria, enhver autoimmun sygdom, HIV og andre relaterede symptomer/sygdomme	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ
<b>11) Øjen-, øre-, næse- og halssygdomme</b>	
f.eks. grå stær, grøn stær, synshandicap, øreinfektioner, døvhed, betændte mandler og andre relaterede symptomer/sygdomme	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ
<b>12) Psykiatriske/psykologiske lidelser</b>	
f.eks. tvangshandlinger eller spiseforstyrrelser, skizofreni, depression, stress, angst, narkotika-/alkoholafhængighed, andre relaterede symptomer/sygdomme	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ
<b>13) Andre sygdomme, forstyrrelser eller lidelser</b>	
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ	
<b>14) Har du, eller har du haft et forbrug af medicin, på recept eller anvist på anden måde?</b>	
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ	
<b>15) Er du under nogen form for behandling, eller har du brug for, eller regner du med at få brug for, nogen form for vurdering, undersøgelse eller behandling af nogen nuværende eller tidligere sygdom eller lidelse, som ikke allerede er nævnt i dette spørgeskema?</b>	
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ	
<b>16) Har du inden for de seneste seks måneder oplevet nogen tegn eller symptomer på sygdomme eller lidelser, uanset om du har konsulteret nogen læge eller andet sundhedsfagligt personale i forbindelse hermed?</b>	
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ	
<b>17) Højde</b>	Meter/Centimeter: _____
<b>18) Vægt</b>	Kilogram: _____

Fortsættes på næste side >

388D4-48v Års- & Enkelrejse\_DAN\_Helbredsskema 80



# HELBREDSKEMA FOR PERSONER OVER 80 ÅR

Rejseforsikring



Efternavn

Fødselsdato (dd/mm/åå)

## D) ANSØGERS UNDERSKRIFT

### Din erklæring

Erstatninger og andre ydelser kan nægtes udbetalt, og i nogle tilfælde kan forsikringen endda være ugyldig, hvis du undlader at anføre fuldstændige oplysninger om alle væsentlige forhold, som kunne have betydning for vores vurdering og accept af denne ansøgning. Hvis du er i tvivl om, hvorvidt nogle bestemte forhold er væsentlige, bør du anføre dem. Det tilrådes, at du registrerer alle de oplysninger, du afgiver til os i forbindelse med denne ansøgning, herunder breve.

Hvis din helbredstilstand ændrer sig, efter at helbredsskemaet er underskrevet, skal du øjeblikkelig underrette Bupa Global Travel herom. Der kan blive stillet krav om, at du til Bupa Global Travel udleverer lægeerklæringer om din ændrede helbredstilstand og eventuelle andre eksisterende sygdomme.

### Med henblik på nedenstående erklæring er det afgørende, at der afgives fuldstændige oplysninger.

Undertegnede erklærer hermed, at de af mig afgivne oplysninger efter min bedste overbevisning er korrekte og fuldstændige, og at jeg, ud over de over for Bupa Global Travel fuldstændigt oplyste sygdomme, er helt sund og rask og ikke lider eller har lidt af nogen tilbagevendende sygdom eller fysisk lidelse.

Jeg erklærer, at jeg har læst Forsikringsbetingelserne og dette Helbredsskema, og accepterer, at Forsikringsbetingelserne sammen med Plicedokumentet (og ansøgningsformularerne) udgør den med Bupa Global Travel indgåede forsikringsaftale.

Jeg erklærer endvidere, at jeg ikke er fast boede i USA. Jeg bekræfter, at jeg har læst den nedenfor anførte Erklæring om beskyttelse af personoplysninger, og giver udtrykkeligt mit samtykke til, at Bupa Global Travel kan anvende de udleverede personoplysninger på den anførte måde og til de anførte formål.

### Erklæring om beskyttelse af personoplysninger

**Formål:** Indhentede personoplysninger vil blive anvendt af Bupa Global Travel til at behandle dine skadeanmeldelser, opkræve præmier, udbetale erstatninger, administrere din police samt afsløre og forebygge forsikringssvig eller uberettigede anmeldelser. Hvis Bupa Global Travel ikke accepterer din ansøgning, kan dine oplysninger blive opbevaret hos os.

**Hemmeligholdelse:** Bupa Global Travel overholder gældende lovgivning om databeskyttelse og retningslinjer for hemmeligholdelse af helbredsoplysninger. Al korrespondance vedrørende din police vil blive fremsendt til forsikringstageren. Alle forsikrede, der er dækket af polisen, har ret til at få adgang til korrespondancen og andre oplysninger, som er fremsendt af Bupa Global Travel eller er tilgængelige på [www.ihl.com](http://www.ihl.com) ved indlogging på Min Side. Bupa Global Travel benytter sig af tredjemand til at behandle oplysninger på vegne af Bupa Global Travel, og dine personoplysninger kan blive behandlet inden for eller uden for EU. Bupa Global Travel har ret til at udveksle dine oplysninger inden for Bupa-koncernen. Hvis du har en sundhedsforsikring hos et selskab i Bupa koncernen eller et andet forsikringsselskab, har Bupa Global Travel ret til at indhente oplysninger om dit helbred fra dette selskab og udveksle oplysninger med selskabet med henblik på at vurdere din aktuelle forsikringsansøgning.

**Helbredsoplysninger:** Bupa Global Travel kan rekvirere og udveksle oplysninger om din egen helbredstilstand og behandling med de personer, som er involveret i behandlingen af dig (herunder bl.a. din behandlende læge og dit sygehus) og disses befuldmægtigede, og eventuelt med den person eller organisation, som måtte være ansvarlig for at dække dine behandlingsomkostninger, eller disses befuldmægtigede, som Bupa Global Travel måtte anse for nødvendige.

**Telefonsamtaler:** Med henblik på en løbende forbedring af vores kundeservice vil din telefonsamtale blive optaget og vil muligvis blive aflyttet.

**Forskning:** Bupa Global Travel har ret til at anvende anonymiserede eller aggregerede data og kan videregive sådanne data til andre i forskningsmæssigt eller statistisk øjemed.

**Svig:** Oplysninger, herunder optagede telefonsamtaler, kan videregives til andre med henblik på at forebygge eller afsløre forsikringssvig eller uberettigede anmeldelser.

**Navne og adresser:** Bupa Global Travel sørger for, at navne og adresser på kunder ikke er tilgængelige for andre organisationer (bortset fra ovennævnte tilfælde).

**Løbende orientering:** Bupa Global Travel vil holde dig løbende orienteret om sine produkter og tjenesteydelser, som ifølge Bupa Global Travel egen vurdering kan være af interesse for dig. Lovgivningen om databeskyttelse giver dig ret til at se alle dokumenter og oplysninger, som Bupa Global Travel har registreret om dig.

**Kontaktadresse:** Såfremt du ikke ønsker at modtage oplysninger om vores produkter og tjenesteydelser, eller hvis du ønsker at se en udskrift af de personoplysninger, vi opbevarer om dig, bedes du skrive til Bupa Group Information Protection Manager på adressen Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA, England eller på [DataProtection@Bupa.com](mailto:DataProtection@Bupa.com).

Dato (dd/mm/åå) \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

NULSTIL ALLE FELTER