

# Helbredserklæring for rejsende over 70 år

## Kun rejser udenfor EU/EØS

Vær opmærksom på følgende, inden du udfylder denne blanket:

- Indsend senest 14 dage før afrejsen  
(det tager fem hverdage at behandle helbredserklæringen)
- I særlige tilfælde (fx høj alder, lang rejse, særlige sygdomme) kan vi have brug for supplerende oplysninger, fx lægejournal

Den udfyldte ansøgning sendes til **medicinsk@gouda.dk**

Helbredserklæringen behandles kun, hvis alle punkter er udfyldt fyldestgørende.

### Udfyldes af Gouda:

Godkendt:

Forbehold:

Afslag:

## 1. Forsikringstager

Navn:		CPR-nr.:
Adresse:	Postnr.:	By:
Telefon:	E-mail:	

## 2. Forsikringer

Indboselskab: <b>Vestjylland Forsikring</b>	Policenr.:
Evt. andet rejseforsikringsselskab:	
Evt. andet afbestillingsforsikringsselskab:	

## 3. Oplysninger om rejsen - Blanketten skal kun udfyldes ved rejser udenfor EU/EØS

Destination (land):	
Afrejsedato:	Hjemkomstdato:
Rejsearrangør:	Evt. ordrenr.:

## 4. Oplysninger om din læge

Lægens navn og adresse:
-------------------------

## 5. Sygdomme - Skriv alle sygdomme, lidelser eller diagnoser du har, og alt, du tager medicin eller bliver behandlet for.

Sæt kryds her, hvis du ikke modtager/har fået ordineret behandling af nogen art: <input type="checkbox"/>
---

Navn på sygdom:	Tidspunkt for første symptom:

## 5. Sygdomme fortsat

Har der været ændring af behandlingen inden for de seneste to år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken og hvornår?
Har du, eller har du haft symptomer af nogen art de seneste 6 måneder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke og hvornår? (Skriv samtlige symptomer, du har haft i perioden):

## 6. Medicin eller anden behandling

Selvom du vedlægger en medicinliste, skal alle felter nedenfor stadig udfyldes. Dvs. du skal oplyse, hvornår du er påbegyndt behandling samt eventuelle ændringer. Det er vigtigt, at du oplyser den præcise daglige dosering (fx mg/g/ml) og evt. antal tabletter af det præparat, du tager.

Alle sygdomme/diagnoser skal fremgå af pkt. 5

Præparat eller anden behandling	Dosis (fx mg/g/ml og evt. antal tabletter)	Ordinationsdato (dvs. hvornår blev behandlingen påbegyndt)

Ved evt. ændringer/justeringer/evt. ophør inden for de seneste 6 måneder skal årsagen og datoen skrives her:

Præparat og ændring	Årsag til ændringen	Dato for ændring

## 7. Anden behandling m.m.

Har du inden for de seneste to år har infektion, opblussen af sygdom, haft symptomer af nogen art, været til læge/speciallæge, fysioterapeut, kiropraktor eller anden form for behandler eller gennemgået operation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hvis ja, for hvilken lidelse og behandling?		Dato:
Er du skrevet op til/afventer behandling/operation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken og hvornår?	
Er der sket ændringer i dit helbred de seneste 2 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken og hvornår?	

## Underskrift/navn

<b>Jeg erklærer hermed, at ovenstående oplysninger er korrekte. Hvis blanketten er udfyldt mangelfuldt eller med ukorrekte oplysninger kan det medføre begrænsninger i forsikringsdækningen.</b>	
Dato:	Navn: