EUROPÆISKE ERV

ERGO

Lægeerklæring

Betales af kunden

Ved afbestilling som følge af sygdom skal patienten og dennes læge hurtigst muligt udfylde lægeerklæringen nedenfor, og sende den til ERGO Forsikring.
Honorar for udfærdigelse af lægeerklæring betales af kunden.

Udfyldes af patienten. Patienten vil i de fleste tilfælde være identisk med kunden. I så fald bedes du blot underskrive nedenfor.			
Fornavn og efternavn:			
Adresse:			
Postnr.:	By:	Tlf.nr.:	Mobilnr.:
I forbindelse med den anmeldte skade giver jeg hermed samtykke til, at ERGO Forsikring kan indhente og videresende oplysninger om mine helbredsforhold hos autoriserede sundhedspersoner, hospitaler, sundhedsmæssige institutioner, offentlige instanser, forsikringsselskaber, Ankenævnet for forsikring mv. Samtykket omfatter kun den i skadesanmeldelsen beskrevne diagnose/skade. Jeg erklærer samtidig på tro og love, at mine oplysninger er i overensstemmelse med sandheden og at jeg intet har fortiet. Jeg er indforstået med, at opgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at jeg selv kommer til at afholde skadesomkostningerne og at forsikringen opsiges. Patientens underskrift: Dato: / 20 Du bedes underskrive samtykke- og tro og love erklæringen inden indsendelsen af skadeanmeldelse.			
Udfyldes af patientens læge			
Patientens navn:		CPR-nr.:	
Hvilken sygdom drejer det sig om (venligst nøjagtig diagnose)?			
Er patientens sygdom opstået akut? Ja ☐ Nej ☐ Hvis nej, se venligst under kroniske lidelser. *Akut sygdom. Ved dækningsberettiget akut sygdom forstås en nyopstået sygdom eller en begrundet mistanke om en alvorlig nyopstået sygdom.*			
Hvornår fik patienten symptomer på denne sygdom? Dato:	Dato for 1. konsultation:	Var sygdommen erkendt, da rejsen blev bestilt? Ja ☐ Nej ☐	
I tilfælde af kronisk lidelse: Hvornår fik patienten denne sygdom? Dato:		Er der sket en akut forværring? Ja ☐ Nej ☐ Hvis ja, hvornår?	
Hvornår besluttede du, at en tiltrædelse af rejsen på grund af helbredstilstanden måtte frarådes?			
Eventuelle lægelige bemærkninger:			
Lægens navn, adresse, postnr., by, telefonnr., samt SE-nummer.:			
Er du patientens læge? ☐ Ja ☐ Nej Hvis nej, hvem er da patientens læge?			
Lægens underskrift: Dato: / 20			

P5 4 8_06.16