



**Specielt ved hjemkaldelse/Only in case of curtailment of stay abroad**

Hvad/Hvem var årsag til hjemkaldelsen?/What/who caused the curtailment?

Hvorledes er/var personen beslægtet med dig?/How is/was the person related to you?

Dokumentation for hjemkaldelsen bedes vedlagt sammen med dokumentation for dit krav.

Please attach documentation for the curtailment along with documentation for the expenses claimed.

**Erstatningskrav/Compensation claimed**

(Dokumentation bedes vedlagt i original)

(Please attach original documentation)

Specifikationer over de afholdte udgifter til sygdom/tilskadekomst/  
Specification of expenses in connection with the illness/injury

Udenlandsk valuta  
Foreign currency

DKK

Specifikationer over de afholdte udgifter til sygdom/tilskadekomst/ Specification of expenses in connection with the illness/injury	Udenlandsk valuta Foreign currency	DKK

Er skaden anmeldt til Europæisk alarmcentral EURO-ALARM?  
Has the claim been reported to Europe's alarm centre EURO-ALARM?

Nej  Ja  
 No  Yes

Hvis ja, sagsnummer/

If yes, please enter case number: \_\_\_\_\_

**Anden forsikring/Other insurance**

Har du tegnet sygeforsikring i et andet selskab?

Do you have a health insurance taken out with any other insurance company?

Nej  Ja  
 No  Yes

Hvis ja, oplys venligst navn og adresse på forsikrings-selskabet

If yes, please state name and address of the insurance company? \_\_\_\_\_

Police nr.:/Policy No \_\_\_\_\_

**Betalingsmåde/Method of payment**

Dit tilgodehavende indsætter vi gerne på din bank- eller girokonto. du skal blot oplyse bankens registreringsnummer og konto- eller girokontonummer./The compensation to which you are entitled will be transferred to your bank or giro account. Please state the bank's registration number and your account number - or the number of your giro account.

Bank reg.nr og kontonr./

Bank Reg. No. and Account No.: \_\_\_\_\_

Girokontonr./

Giro Account No.: \_\_\_\_\_

Bankens navn og adresse/

Name and address of the bank: \_\_\_\_\_

**Underskrift m.v./Signature etc.**

Jeg giver samtykke til, at Europæiske kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af forsikringsydelsen. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningstidspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af forsikringsydelsen. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Europæiske ønsker det.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos forsikrings-selskaber/pensionskasser:

Andre forsikrings-selskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Jeg giver ligeledes samtykke til, at der løbende indhentes sagsakter fra Arbejdsskadestyrelsen under styrelsens behandling af sagen.

I hereby accept that Europæiske procures information about the state of my health with a view to obtaining the information necessary for the evaluation of the insurance event and for the assessment of the claim. My acceptance solely comprises medical reports from the date on which the policy came into force and until the final assessment date of the benefit. When supplementary medical records are issued by physicians, a special declaration is used, supplemented - at Europæiske's request - with a copy or an extract of relevant case records.

The reports can be procured from authorised persons within the health care sector, hospitals and health care institutions, public authorities and insurance companies/pension funds.

Other insurance companies, pension funds, the Danish Industrial Injuries Compensation Board, and other authorised persons within the health care sector, involved in the case, are allowed to become acquainted with the medical records procured.

I furthermore accept that information is procured from the Danish Industrial Injuries Compensation Board during the Board's evaluation.

Dato/Date

/

20

Sikredes underskrift/Insured's signature