

Blanketten benyttes af medlemmer, der tilmelder sig **senere end 3 mdr.** efter indmeldelse i Søfartens Ledere

Tilmelding Loss of license / Dækning ved tab af Sundhedsbevis i Codan Forsikring for medlemmer af Søfartens Ledere Policenr. 646 960 251 4

Medlem

Navn		Stillingsbetegnelse
Adresse		
CPR-nummer	Telefon job	Telefon privat

Jeg ønsker, at tilmelde mig forsikringsdækningen Loss of license – Dækning ved tab af Sundhedsbevis, og ønsker at forsikre mig for følgende sum: (sæt X):

Forsikringssummer og præmier (reguleres en gang årligt): 2012

- 100.000 kr. - Helårlig præmie: 823,00 kr.
 200.000 kr. - Helårlig præmie: 1.647,00 kr.
 300.000 kr. - Helårlig præmie: 2.470,00 kr.

Medlem af Søfartens Ledere siden: / - (oplys dato)
Dækning ønskes fra: / - (oplys dato)

Jeg accepterer, at præmien til Codan opkræves via Søfartens Ledere.

Medlemmets underskrift**Søfartens Ledere**

_____		Tilmelding modtaget: Dato: /	
Dato	Underskrift	_____	_____
		Dato	Underskrift

Helbredsoplysninger:

Vedlagte **helbredserklæring** skal udfyldes og sammen med denne tilmelding sendes til Codan Forsikring A/S, Gl. Kongevej 60, 1790 København V.

Codan vil skriftligt oplyse dig, om forsikringen kan tegnes.

Kan forsikringen ikke antages på grundlag af de indsendte oplysninger, får du besked om hvilke supplerende oplysninger, der skal indsendes, og inden for hvilken frist indsendelse skal ske.

Kan Codan antage forsikringen på grundlag af rettidigt indsendte supplerende oplysninger, begynder Codans ansvar fra det tidspunkt, hvor tilmeldingen modtages af Codan, medmindre et senere tidspunkt er aftalt.

Kan Codan kun tilbyde at antage forsikringen på andre betingelser, får den du tilbud om dette. Accepterer du tilbudet inden for den fastsatte frist, begynder Codans ansvar fra accepten modtages af Codan.

Helbredserklæring

Helbredsoplysninger for (anfør navn): _____

Ved besvarelse må ikke anvendes streger eller gentagelsestegn.

1. Lider du af nogle medfødte sygdomme/legemsfejl?	O Nej O Ja	Hvis ja, hvilke?			
		Hvilke symptomer har du?			
2. Har du nogensinde lidt af, blevet behandlet eller undersøgt for: Hjertelidelser, problemer med blodomløbet, forhøjet blodtryk, slagtilfælde, diabetes, nyre- eller leversygdom, urinvejsproblemer, luftvejslidelser, fedme, nogen former for kræft, dissemineret sklerose, muskel- eller knogle-problemer herunder gigt, eller psykisk sygdom?	O Nej O Ja	Hvis ja: Hvilke sygdomme/lidelser, hvor og hvornår?			
3. Har du nogensinde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølellestilfælde?	O Nej O Ja	Hvis ja, hvornår?		For hvilken lidelse?	
		Hvem behandlede dig?		Hvor?	
		Er der følger - og i så fald hvilke?			
		Hvornår har du sidst mærket til lidelsen?			
4. Har du været behandlet eller undersøgt på hospital eller speciallæge, psykolog kiropraktor eller lignende?	O Nej O Ja	Hvornår?		For hvilken lidelse?	
		Hvornår har du sidst mærket til lidelsen?		Hvor?	
		Er der følger - og i så fald hvilke?			
5. Lider du, eller har du lidt af diskusprolaps, iskias, hold i lænden/ryggen, anden ryg- eller nakkelidelse?	O Nej O Ja	Hvilken lidelse?	Hvornår?	Hvor Længe?	
		Hvor/Hos hvem fik du behandling ?			
		Hvornår har du sidst mærket til lidelsen?			
6. Har du nedsat hørelse?	O Nej O Ja	Højre øre	Varighed?	Årsag?	Sværhedsgrad?
		Venstre øre	Varighed?	Årsag?	Sværhedsgrad?
7. Er dit syn nedsat med mere end +/-5?	O Nej O Ja	Højre/venstre øje?	Varighed?	Årsag?	
		Benyttes briller/kontaktlinser?			Styrke?
8. Bruger du receptpligtige lægemidler?	O Nej O Ja	Hvilke?		For hvad?	
9. Har du eller har du tidligere haft forbrug af øl, vin og spiritus?	O Nej O Ja	Gennemsnitligt antal genstande dagligt?		I hvilke perioder?	
10. Er du fuldstændig rask?	O Nej O Ja	Hvis nej – af hvilken grund?			
11. Er du fuldstændig arbejdsdygtig?	O Nej O Ja	Hvis nej – af hvilken grund?			
12. Hvad er din højde/vægt?		cm		kg	
13. Hvilken læge benytter du sædvanligvis?	Navn		Adresse		

Helbreds erklæring

Helbredsoplysninger for:

Navn: _____

Cpr.nr.: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Aftalenummer: **646 960 251 4 - Søfartens Ledere**

Samtykkeerklæring:

Jeg har gennemlæst alle foranstående besvarelser og erklærer hermed, at de er i overensstemmelse med sandheden. Jeg er indforstået med, at forsikringen enten er ugyldig eller kan nedsættes efter bestemmelserne i lov om forsikringsaftaler, hvis jeg har fortiet oplysninger eller givet forkerte svar, som kan have betydning for bedømmelsen af min helbredstilstand.

Jeg giver Codan tilladelse til at indhente oplysninger om min helbredstilstand forud for det tidspunkt, hvor Codan har accepteret den ønskede forsikring. Helbredsmæssige oplysninger kan indhentes hos læger, lægelige institutioner eller andre forsikringsselskaber. Jeg giver tilsvarende samtykke til, at Codan Forsikring, hvis der hos socialforvaltningen foreligger en pensions-, revaliderings- og/eller dagpengesag, kan indhente kopi af disse akter, herunder kopi af lægelige oplysninger og sagens akter i øvrigt. Codan kan gøre andre forsikringsselskaber og læger bekendt med de indhentede oplysninger.

Dato

Forsikringssøgendes underskrift