

Samtyckesformulär – Travel Larmcentral



Detta samtyckesformulär ges i samband med ditt ärende hos SOS International ("SOS"). SOS samarbetar med ditt försäkringsbolag. När SOS uppmanas att assistera i ditt försäkringsärende, har SOS behov av att kunna samla in och använda personuppgifter om dig.

Samtyckesformuläret ger SOS rätt att behandla dina personuppgifter, däribland samla in och utbyta uppgifter om dig, för att kunna ge dig assistans under din resa utomlands och efterföljande behandling av skador, som du har anmält under din reseförsäkring.

Undertecknad
För- och efternamn
Personnummer
Förmyndare
För- och efternamn
Kontaktuppgifter
Jag vill att kontakten beträffande mitt ärende ska hanteras av
För- och efternamn
Kontaktuppgifter
Relation till patienten
Samtycke
Jag ger härmed samtycke till, att SOS: <ul style="list-style-type: none">• Kan samla in, vidarebefordra och lagra hälsouppgifter om mig, samt personnummer, när detta är relevant för mitt ärende, och för att säkerställa att jag tar emot relevant medicinsk behandling samt för att behandla ekonomiska och administrativa förhållanden kopplade till mitt ärende. För de medicinska uppdrag, som SOS hanterar, är det nödvändigt att använda personnummer i samband med kommunikation med sjukvårdssystemet m.fl. för att säkerställa entydig identifiering.• Kan samla in, vidarebefordra och lagra uppgifter om fackföreningsförhållanden, om jag har tecknat reseförsäkring via min fackförening för att klargöra försäkringsskydd.• Kan samla in relevanta hälsouppgifter om mig från min läkare, sjukhus, annan sjukvårdspersonal, samt SOS-samarbetspartner, som är nödvändiga för att säkerställa att jag blir tillhandahållen relevant medicinsk behandling, eller å mitt försäkringsbolags vägnar, för att undersöka om mitt ärende täcks av min försäkring.• Kan samla in, vidarebefordra och lagra andra känsliga uppgifter om mig, t.ex. ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, sexualliv eller sexuell läggning i extraordinära ärenden, där det är nödvändigt för att hantera mitt ärende.• Kan överföra uppgifter om mig till behandlingsplatser, resebyråer, SOS' samarbetspartners och liknande parter utanför EU/EES, om det anses nödvändigt för att hantera mitt ärende och för att kunna ge mig behandling och assistans direkt i det land jag befinner mig i, reser genom eller blir evakuerad till. Jag accepterar, att det kan handla om länder som har andra regler beträffande dataskydd än i EU/EES, och att jag därför inte är garanterad samma rätt till dataskydd som i EU/ESS.• Jag ger samtidigt samtycke till, att SOS får samla in och vidarebefordra uppgifter om mig till mitt försäkringsbolag, andra försäkringsbolag, nationella/internationella

- sjukförsäkringssystem, flygbolag och/eller resebyråer i samband med de uppdrag som SOS hanterar å mitt försäkringsbolags vägnar, t.ex. regression och dubbelförsäkring.

Jag ger härmed samtycke till att SOS-samarbetspartners/underleverantörer

- kan inhämta, spara och vidarebefordra mina uppgifter, från och/eller till kliniker, och/eller SOS i form av hälsouppgifter och annan relevant information, i syfte att säkra att jag får relevant medicinsk behandling, samt att hantera ekonomiska och administrativa frågor gällande mitt ärende.

Fullmakt:

- Jag ger SOS fullmakt till, att Tine Poulsen (ansat hos SOS) ansöka om temporärt EU-sjukförsäkringskort (det blå sjukförsäkringskortet) å mina vägnar, om det är relevant för mitt ärende.

Överlåtelse:

- Om SOS på uppdrag av mitt försäkringsbolag betalar full ersättning, överför jag eventuella fordringar mot nationella/utländska myndigheter (inklusive Försäkringskassan), flygbolag och/eller resebyråer i samband med min skada till SOS som ombud på mitt försäkringsbolags vägnar.

Mer information om SOS' behandling av personuppgifter, däribland SOS' överföring av uppgifter till länder utanför EU/ESS hittar du här: www.sos.eu/privacynotice/resor

Du kan återkalla ditt samtycke och/eller fullmakt. Om du återkallar ditt samtycke och/eller fullmakt, gäller detta enbart vår behandling av dina personuppgifter framöver. Om du vill återkalla ditt samtycke och/eller fullmakten, ska du vända dig till SOS.

Om du inte vill ge samtycke till, att vi kan behandla dina personuppgifter, påverkar detta vår möjlighet att hantera ditt ärende. Detta gäller också om du återkallar därefter ditt samtycke.

Ditt samtycke/fullmakten upphör automatiskt, när ditt ärende är färdighanterat, dock senast 12 månader efter samtycket är givet.

Datum / 20

Underskrift

SOS är ansvariga för behandlingen av personuppgifter, som omfattas av detta samtyckesformulär. Vidare kan SOS-samarbetspartners/underleverantörer vara självständigt ansvariga för behandlingen, som nämnts ovanför. Dock är ditt försäkringsbolag ansvariga för den behandling av personuppgifter, som SOS utför å ditt försäkringsbolags vägnar i samband med skadebehandling under din försäkring, däribland klargörande av försäkringsskydd. Om du är osäker på identiteten för ditt försäkringsbolag i ditt pågående ärende, kan du få information om denna, genom att kontakta SOS.

SOS International A/S

Nitivej 6

DK-2000 Frederiksberg

Organisationsnummer: 17013718

Telefonnummer: +45 7010 5055