

Skadeanmeldelse for rejseforsikring (sygdom m.m.)

Forsikringsselskab:

Policenr.:

Forsikringstager

Virksomhedens navn:

Skadelidte

Fornavn og efternavn: _____

Hvad er Deres stilling i virksomheden: _____

CPR-nr.: _____

Privatadresse: _____

Postnr.: _____

By: _____

Telefon privat: _____

Telefon arbejde: _____

Bank reg.nr. og konto nr.:

Information om skaden

Erstatningskravet vedrører (sæt x)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Hjemtransport/Sygeledsagelse/Tilkaldelse | <input type="radio"/> Tandbehandling | <input type="radio"/> Bagage |
| <input type="radio"/> Sygdom/tilskadekomst | <input type="radio"/> Rejseliv/Sygdomsinvaliditet | <input type="radio"/> Bagage forsinkelse |
| <input type="radio"/> Rejseafbrydelse/Erstatningsperson | <input type="radio"/> Ulykke/Overfald | <input type="radio"/> Andet |

Oplysninger om rejsen

Hvad var formålet med rejsen? _____

Rejsemål: _____

Afrejsedato: _____

Hjemkomstdato: _____

Evt. rejsearrangør/-flyselskab:

Hvad er der sket ?

Hvornår opstod sygdommen/ tilskadekomsten: _____

Dato og klokkeslæt: _____

Sted: _____

Beskrivelse af hvad der er sket - så udførligt som muligt (vedlæg evt. yderligere forklaring eller tegning)

Specielt ved ulykke, overfald og tyveri

Var der vidner til uheldet?

 Ja Nej

Hvis ja, navn og adresse:

Er der optaget politirapport?

 Ja Nej*Hvis ja, vedlæg journal/kvittering***Specielt ved rejseafbrydelse**

Hvad/hvem var årsag til rejseafbrydelsen?

Hvorledes er/var personen beslægtet med Dem?

*Dokumentation for rejseafbrydelsen bedes vedlagt sammen med dokumentation for Deres krav***Oplysning om behandling**

Datoer for lægebehandling/-konsultation/lægebehandling/-konsultations navn:

Er sengelejet ordineret af læge?

 Ja Nej*Hvis ja, vedlæg original dokumentation***Sengeliggende**

Hospitalsophold:

fra

/

til

/

Diagnose/beskrivelse af sygdommen:

Er de tidligere blevet behandlet for samme sygdom?

 Ja Nej

Hvis ja, angiv sidste behandlingsdato:

den

/

Blev De hjemtransporteret?

 Ja Nej

Hvis ja, hvornår:

den

/

Egen tandlæge

Navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

Telefonnr.:

Behandelnde læge eller hospital efter hjemkomst

Navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

Telefonnr.:

Erstatningskrav (dokumentation bedes vedlagt i original)

Udgifter på grund af sygdommen/tilskadekomsten

	Udenlandsk valuta	DKK	Skal regningerne betales direkte til udlandet? (sæt x)
Lægeregninger Antal gange:			
Medicin ordineret af læge			
Transportudgifter			
Hospitalsophold Antal døgn:			
Merudgifter til hotel Antal døgn:			
Øvrige merudgifter som følge af sygdommen/tilskadekomsten Hvilke?			
Udgifter i forbindelse med sygeledsagelse/tilkaldelse Hvilke?			

Mistet bagage bedes oplyst på særskilt bilag

Har Rejseforsikrings-selskabet udbetalt á conto beløb i forbindelse med ovennævnte/tilskadekomst?

 Ja Nej

DKK:

Udbetalt den / af:

Er skaden anmeldt til Rejseforsikrings-selskabets alarmcentral?

 Ja Nej

Hvis ja, sagsnummer:

Anden forsikring

Virksomhedens arbejdsskadeforsikring?

Er skaden anmeldt hertil?

 Ja Nej

Selskab/policenr.:

I hvilket selskab har De tegnet ulykkesforsikring?

Er skaden anmeldt hertil?

 Ja Nej

Selskab/policenr.:

Underskrift

Jeg erklærer herved, at oplysningerne i anmeldelsen svarer til de faktiske forhold og giver selskabet bemyndigelse til at indhente lægelige oplysninger vedrørende sygdomme og behandling.

Den / -20

Sikredes underskrift

Den / -20

Virksomhedens underskrift