

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