

### 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