

## Skadeanmeldelse for rejseforsikring (sygdom m.m.)

Forsikringselskab:

Police nr.:

### Forsikringstager

Virksomhedens navn:

### Skadelidte

Fornavn og efternavn:

Hvad er Deres stilling i virksomheden:

Personnr.:

Privatadresse:

Post nr.:

By:

Telefon privat:

Telefon arbejde:

Bank reg.nr. og konto nr.:

### Information om skaden

Erstatningskravet vedrører (sæt x)

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

### 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/-konsultationlægebehandling/-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:

/

Blev De hjemtransporteret?

Ja  Nej

Hvis ja, hvornår:

/

### Egen tandlæge

Navn:

Adresse:

Post nr.:

By:

Telefon nr.:

### Behandelende læge eller hospital efter hjemkomst

Navn:

Adresse:

Post nr.:

By:

Telefon nr.:

### 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 \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ af: \_\_\_\_\_

Er skaden anmeldt til Rejseforsikrings-selskabets alarmcentral?  Ja  Nej

Hvis ja, sagsnummer: \_\_\_\_\_

### Anden forsikring

Virksomhedens arbejdsskadeforsikring?

Er skaden anmeldt hertil?  Ja  Nej

Selskab/police nr. \_\_\_\_\_

I hvilket selskab har De tegnet ulykkesforsikring?

Er skaden anmeldt hertil?  Ja  Nej

Selskab/police nr. \_\_\_\_\_

### 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