

Stilling	
Navn	
Adresse	
Postnr. & by	

Policenr.	
Fødselsdato	
Telefon	
<p>Når du oplyser din e-mail adr., betyder det at du giver samtykke til, at vi må sende breve til dig om skaden via e-mail.</p>	
E-mail	

Anmeldelse af rejsedækning

<b>Vigtigt</b>	<p>Hvis du ikke fremsender alle nødvendige oplysninger og bilag, vil det forlænge sagsbehandlingstiden. Dette skyldes, at det vil være nødvendigt at stille yderligere spørgsmål samt afvente modtagelse af bilagene.  <b>Bemærk: udgifter til lægeerklæring og anden dokumentation afholdes af forsikringstageren for egen regning.</b></p>																	
<b>Kravet vedrører</b>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tilkaldelse</td> <td><input type="checkbox"/> Erstatningsrejse/døgn</td> <td><input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst</td> <td><input type="checkbox"/> Rejseafbrydelse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hjemtransport</td> <td><input type="checkbox"/> Sygeledsagelse</td> <td><input type="checkbox"/> Aktiv ferie</td> <td><input type="checkbox"/> Selvriskodækning bil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Overfald</td> <td><input type="checkbox"/> Evakuering/krisehjælp</td> <td><input type="checkbox"/> Akut tandbehandling</td> <td><input type="checkbox"/> Ferieboligsikring</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bagagedækning</td> <td><input type="checkbox"/> Forsinket fremmøde</td> <td><input type="checkbox"/> Transportforsinkelse</td> <td><input type="checkbox"/> Andet</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Tilkaldelse	<input type="checkbox"/> Erstatningsrejse/døgn	<input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst	<input type="checkbox"/> Rejseafbrydelse	<input type="checkbox"/> Hjemtransport	<input type="checkbox"/> Sygeledsagelse	<input type="checkbox"/> Aktiv ferie	<input type="checkbox"/> Selvriskodækning bil	<input type="checkbox"/> Overfald	<input type="checkbox"/> Evakuering/krisehjælp	<input type="checkbox"/> Akut tandbehandling	<input type="checkbox"/> Ferieboligsikring	<input type="checkbox"/> Bagagedækning	<input type="checkbox"/> Forsinket fremmøde	<input type="checkbox"/> Transportforsinkelse	<input type="checkbox"/> Andet
<input type="checkbox"/> Tilkaldelse	<input type="checkbox"/> Erstatningsrejse/døgn	<input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst	<input type="checkbox"/> Rejseafbrydelse															
<input type="checkbox"/> Hjemtransport	<input type="checkbox"/> Sygeledsagelse	<input type="checkbox"/> Aktiv ferie	<input type="checkbox"/> Selvriskodækning bil															
<input type="checkbox"/> Overfald	<input type="checkbox"/> Evakuering/krisehjælp	<input type="checkbox"/> Akut tandbehandling	<input type="checkbox"/> Ferieboligsikring															
<input type="checkbox"/> Bagagedækning	<input type="checkbox"/> Forsinket fremmøde	<input type="checkbox"/> Transportforsinkelse	<input type="checkbox"/> Andet															
<b>Skadelidte</b>	Navn		Fødselsdato															
	Adresse		Telefon															
	Post nr.	By																
	Formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og Erhverv <input type="checkbox"/> Andet _____																	
<b>Oplysning om rejsen</b>	I hvilket land skete skaden? Afrejsedato / år Planlagt hjemkomst / år Oplys alle benyttede flyselskaber på rejsen :																	
<b>Køb af rejsen</b>	<input type="checkbox"/> Kreditkort <input type="checkbox"/> Firmarejsekonto * <input type="checkbox"/> Kontant/betalingsoverførsel <input type="checkbox"/> Visa/Dankort * Hvis betalingen er foretaget med kreditkort/firmarejsekonto, skal du bemærke følgende: Husk at vedlægge dokumentation for, at rejsen er betalt med kreditkort/firmarejsekontoen Angiv kreditkort og bank ( Mastercard, Eurocard, Diners etc. ) _____ Angiv typen af kreditkort (basis, platin, stjerne etc.) _____ Kortnr. _____ - _____ - _____ - _____																	
<b>Oplysning om skaden</b>	Hvornår opstod skaden/sygdommen _____ / ____ år ____ kl. (0-24) ____ Dato og klokkeslæt for første lægebesøg _____ / ____ år ____ kl. (0-24) ____ Dato og klokkeslæt for evt. hospitalsindlæggelse _____ / ____ år ____ kl. (0-24) ____ I tilfælde af hospitalsindlæggelse eller skriftlig lægeordineret sengeleje/ro og hvile il og omkring ferieboligen, angiv da perioden ( dokumentation vedlægges) fra den ____ / ____ år til den ____ / ____ Evt. hjemtransport arrangeret af _____ den ____ / ____ år ____ kl. (0-24) ____																	
<b>Andre forsikringer</b>	Har du tegnet anden rejseforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja—angiv forsikringselskab og policenummer: Selskab _____ Policenummer _____ Anmeldt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du en anden forsikring, som er tilknyttet et kreditkort (Mastercard, Eurocard, Diners etc.)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Angiv kreditkort og bank (Mastercard, Eurocard, Diners etc.) _____ Angiv typen af kreditkort ( basis, platin, stjerne etc. ) _____ Kortnr. _____ - _____ - _____ - _____																	

<b>Rejsedeltagere</b>	Hvorledes er/var skadelidte beslægtet med forsikringstageren?		
	<input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever	<input type="checkbox"/> Svoger/svigerinde	<input type="checkbox"/> Bedsteforældre <input type="checkbox"/> Bror/søster
	<input type="checkbox"/> Barn/svigerbarn/barnebarn	<input type="checkbox"/> Forældre/svigerforældre	<input type="checkbox"/> Rejseledsager
<b>Politiangeldelse</b>	Er skaden anmeldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er der taget blodprøve? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Lægeoplysninger</b>	Navn på skadeslidte egen læge _____ Adresse _____ Post nr. _____ By _____ Har du tidligere haft de samme symptomer/sygdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____ / ____ år ____		
<b>Oplysninger om skaden/sygdommen</b>	Beskriv hændelsen i detaljer  Vedlæg evt. en separat redegørelse		
<b>Erstatningskrav</b>	Opgørelse af kravet	Valuta	Beløb
<b>Husk at vedlægge original dokumentation for erstatning</b>			
	Vedlæg evt. separat opgørelse		
<b>Bank oplysninger</b>	En evt. erstatning kan IKKE overføres til et kreditkort, men i stedet til din bankkonto. _____ Bank _____ Reg. nr _____		
<b>Underskrift</b>	Undertegnede erklærer på tro og love, at ovennævnte oplysninger er i overensstemmelse med sandheden. Undertegnede giver samtidig tilladelse til at indhente lægelige akter/oplysninger, der måtte være nødvendige til at vurdere af skaden samt spørgsmål i forbindelse hermed. Ligeledes giver undertegnede tilladelse til at videreende disse oplysninger videre til andre selskaber, hvor skaden ligeledes er anmeldt. Er skaden anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen eller politiet, giver undertegnede tilladelse til at indhente evt. oplysninger herfra.  Skadelidtes underskrift _____ Dato: _____		

**Følgende dokumentation skal vedlægges:**

- Rejsebevis/flybilletter
- Original dokumentation for erstatningskravet, f.eks. Lægeerklæring og lægeregninger
- Dokumentation for, at rejsen er betalt med et kreditkort/firmarejsekonto ( hvis dette er tilfældet)

**Ved erstatningsrejse/-døgn skal følgende vedlægges:**

- Dokumentation for rejsens pris ( transportovernatninger og øvrige arrangementer )
- Dokumentation for den behandlende læge i udlandet, hvoraf det tydeligt skal fremgå hvilken periode skadelidte har været indlagt/lægeordineret ro og hvile i og omkring ferieboligen

**Ved afbestilling rejse skal følgende vedlægges af**

- Dokumentation for rejsens pris ( transport , hotelovernatninger og øvrige arrangementer)
- Eventuel dokumentation fra rejsearrangøren med angivelse af refusion

**Ved bagageforsinkelse skal følgende vedlægges;**

- Original dokumentation for luftfartselskabet ( PIR-rapport)
- Original bagagebevis for hvert stykke indskrevet bagage