

SKADEANMELDELSE AFBESTILLINGSFORSIKRING

Erstatningskravet vedrører

Virksomhedens navn		Hvad er din stilling i virksomheden?	
Fornavn og efternavn		Personnr.	
Privatadresse		Telefon mobil	Telefon privat
Postnr.	By	Email	Telefon arbejde

Kreditkort og forsikringsoplysninger

Disse oplysninger er en forudsætning for, at vi kan behandle din skade.

Hvilken type kreditkort har du (f.eks. MasterCard, Eurocard, GlobeCard)? _____

Er kortet udstedt af en bank? Danske Bank Nordea Anden _____

Kortnummer _____ Er skaden anmeldt hertil? Ja Nej

Jeg er ikke indehaver af et kreditkort Er rejsen købt på kortet? Ja Nej

Anden forsikring

Har du købt anden afbestillingsforsikring? Hvis ja,

Selskab _____ Policenr. _____ Er skaden anmeldt hertil? Ja Nej

Oplysninger om rejsen

Dato for bestilling af rejsen	Dato for afbestilling af rejsen	Hvad er formålet med rejsen?
Planlagt afrejsedato	Planlagt hjemkomstdato	Rejsemål (by og land)

Årsag til afbestilling

Hvornår indtraf hændelsen, der var årsag til afbestillingen? _____

Sygdom/tilskadekomst Diagnose/beskrivelse af sygdommen _____ Dødsfald

Angiv relation Sikrede Samlever Familiemedlem, angiv relation _____

Patienten og dennes læge skal udfylde og underskrive lægeerklæringen på bagsiden

Indbrud Hvor? _____

Brand Hvor? _____

Andet Nærmere beskrivelse _____

Erstatningskrav

Samlet erstatningskrav kr. _____

Hvor stor en del af den indbetalte pris på rejsen, har du fået tilbagebetalt af rejsearrangøren? (dokumentation herfor bedes vedlagt) kr. _____

Betalingsmåde

Tilgodehavende indsættes på bank- eller girokonto tilhørende Virksomheden Dig selv

Bank reg.nr. og kontonr. _____ Girokonto nr. _____

Bankens navn og adresse _____

Underskrift m.v.

Skadeanmeldelse, ubenyttede flybilletter, busbilletter eller lign. samt faktura fra rejsearrangøren skal fremsendes til Europæiske.

Jeg erklærer samtidig på tro og love, at mine oplysninger er i overensstemmelse med sandheden og at jeg intet har fortiet. Jeg er indforstået med, at opgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at jeg selv kommer til at afholde skadesomkostningerne og at forsikringen opsiges.

_____ Dato / 20
Sikredes underskrift

_____ Dato / 20
Virksomhedens stempel og underskrift

Ved afbestilling som følge af sygdom skal patienten og dennes læge hurtigst muligt udfylde lægeerklæringen nedenfor og sende den til Europæiske.

Information om patienten		
Skal kun udfyldes hvis patienten ikke er identisk med sikrede		
Navn	Adresse	
Postnr. og by	Telefon	
Samtykke		
I forbindelse med den anmeldte skade giver jeg hermed samtykke til, at Europæiske kan indhente og videresende oplysninger om mine helbredsforhold hos autoriserede sundhedspersoner; hospitaler; sundhedsmæssige institutioner; offentlige instanser; forsikringsselskaber; Ankenævnet for forsikring mv. Samtykket omfatter kun den i skadeanmeldelsen beskrevne diagnose/skade.		
Jeg erklærer samtidig på tro og love, at mine oplysninger er i overensstemmelse med sandheden og at jeg intet har fortiet.		
		Dato / 20
Patienten/sikredes underskrift		
Udfyldes af patientens læge		
Patientens navn	Personnr.	
Hvilken sygdom drejer det sig om (venligst nøjagtig diagnose)? _____		
Er patientens sygdom opstået akut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej, se venligst under kroniske lidelser: Akut sygdom. Ved dækningsberettiget akut sygdom forstås en nyopstået sygdom eller en begrundet mistanke om en alvorlig nyopstået sygdom.		
Hvornår fik patienten symptomer på denne sygdom?	Dato for 1. konsultation	Var sygdommen erkendt, da rejsen blev bestilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
I tilfælde af kronisk lidelse. Hvornår fik patienten denne sygdom?	Er der sket en akut forværring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår?	
Hvornår besluttede du, at en tiltrædelse af rejsen på grund af helbredstilstanden måtte frarådes?		
Eventuelle lægelige bemærkninger _____ _____ _____		
Lægens navn, adresse, postnr., by, telefonnummer samt SE-nummer		
Er du patientens læge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej, hvem er da patientens læge? _____		
		Dato / 20
Lægens underskrift		

Honorar for udfærdigelse af lægeerklæring betales af kunden.