

Anmeldelse af rejseskade

Sygdom/tilskadekomst, hjemkaldelse, tilkaldelse m.v.



ALM. BRAND

Rejseforsikring
Midtermolen 7
2100 København Ø

Telefon 35 47 84 54
Telefax 35 47 76 08
www.almbrand.dk

Side 1 af 2

Vedrørende anmeldelsen

Når du udfylder anmeldelsen, skal vi bede dig tænke på, at dine oplysninger er det arbejdsgrundlag, vi har for at behandle skaden.

For at vi kan yde den bedste service, er det vigtigt, at vi får et godt indblik i, hvilken skade du har været udsat for, og hvilket omfang skaden har.

Derfor skal vi bede dig besvare spørgsmålene omhyggeligt og du er velkommen til, at vedlægge bilag med supplerende oplysning, hvis du mener der er specielle forhold, som ikke bliver belyst tydeligt nok i anmeldelsens rubrikker.

Det er vigtigt, at du præciserer dine krav samt vedlægger dokumentation for kravet.

Forsikringstager/sikrede

Navn

Police nr.

Stilling

Sikredes cpr. nr.

Adresse

Tlf.nr. /mobil nr.

Postnr.

By

Tlf.nr. (mellem kl. 8.30 - 16.00)

Skadedato/skadedsted

I hvilket land opstod skaden/sygdommen

Dato og tidspunkt

Oplysning om rejsen

Feriested / rejsemål / hotel

Rejsens art

Ferie

Erhverv

Ferie og erhverv

Andet

Afrejsetidspunkt

Dato

kl

Planlagt hjemkomsttidspunkt

Dato

kl

Andre forsikringer

Er sikrede medlem af Sygeforsikringen "danmark"?

Ja

Nej

Hvis ja, medlems nr. _____

Er der tegnet rejseforsikring i andet selskab?

Ja

Nej

Hvis ja, selskabets navn _____

Police nr. _____

Betalingsform

Dit tilgodehavende indsætter vi på din NemKonto. Hvis du ønsker at beløbet skal indsættes på en anden konto, skal du oplyse bankens navn, registrerings nr. og konto- eller giro nr.

Navn

Reg. nr.:

Konto- eller giro nr.

Vedrørende skaden

Erstatningskravet vedrører:

Transportforsinkelse

Erstatningsrejse / Kompensation

Tilkaldelse

Hjemkaldelse

Sygeledsagelse

Overfaldsdækning

Forsinket fremmøde

Sygdom/tilskadekomst

Skade på lejet feriebolig

Hjemtransport af bil i forbindelse m. sygeledsagelse eller hjemkaldelse

Tandskade

Andet

Oplysninger ved krav som følge af sygdom / tilskadekomst (skal altid besvares)

Dato og tidspunkt for sygdommen / tilskadekomsten

Dato kl.

.....

Dato og tidspunkt for evt. hospitalsindlæggelse

Dato kl.

.....

Dato og tidspunkt for evt. lægeordineret sengeleje

Dato kl.

.....

Dato og tidspunkt for kontakt til SOS

Dato kl.

.....

Hvis den sygdomsramte / tilskadekomne er blevet hospitalsindlagt eller skriftligt ordineret sengeleje af en læge, oplys hvor længe (vedlæg lægedokumentation)

Fra den (dato) Til den (dato)

.....

Hvis den sygdomsramte / tilskadekomne er blevet transporteret hjem i første halvdel af feriens planlagte varighed, oplys dato og tidspunkt

Dato kl.

.....

Dato for behandling/konsultation hos læge

Dato Hjemtransport blev arrangeret af

.....

Diagnose

.....

Skadelidte/sikrede

Navn

Sikredes cpr. nr.

.....

Stilling

Tlf.nr. /mobil nr.

.....

Adresse

.....

Postnr. By

.....

Oplysning om skaden/sygdommen

Beskriv forløbet af sygdommen/tilskadekomsten/skaden nærmere

.....

.....

Erstatningskrav

Opgørelse af kravet

Beløbet

.....

.....

.....

Underskrift

Undertegnede giver hermed selskabet tilladelse til, at indhente alle lægelige akter, der måtte være nødvendige til vurdering af spørgsmål i forbindelse med min tilskadekomst. Og til at sende disse videre til andre selskaber, der skal foretage udbetaling af erstatning i anledning af skaden. Er tilfældet anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen eller politiet, giver jeg samtidig selskabet min tilladelse til at indhente evt. oplysninger hos disse.

Dato Underskrift (forsikringstager / skadelidte)

.....

HUSK at vedlæg rejsebevis og dokumentation for dit erstatningskrav i form af lægeerklæring, flybilletter osv.