

Specielt ved ulykke, overfald og tyveriVar 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.: _____

Behandlernde 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 Rejseforsikringselskabet udbetalt á conto beløb i forbindelse med ovennævnte/tilskadekomst? Ja Nej

DKK: _____

Udbetalt _____ d. _____ / _____ af _____

Er skaden anmeldt til Rejseforsikringselskabets 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.

Dato / -20 _____ Sikredes underskrift _____

Dato / -20 _____ Virksomhedens underskrift _____