

## 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.:

**Behandelnde læge eller hospital efter hjemkomst**

Navn:

Adresse:

Post nr.:

By:

Telefon nr.:

dahlberg Århus  
Kannikegade 14  
DK-8000 Århus Cdahlberg København  
Christians Brygge 28, 4  
DK-1559 København Vdahlberg Odense  
Vestergade 19  
DK-5100 Odense Cdahlberg Esbjerg  
Borgergade 36-38  
DK-6700 Esbjerg

**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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
DKK:		
Udbetalt	d. / af:	
Er skaden anmeldt til Rejseforsikrings-selskabets alarmcentral?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, sagsnummer:		

**Anden forsikring**

Virksomhedens arbejdsskadeforsikring?	
Er skaden anmeldt hertil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Selskab/police nr.	
I hvilket selskab har De tegnet ulykkesforsikring?	
Er skaden anmeldt hertil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

dahlberg Århus  
Kannikegade 14  
DK-8000 Århus C

dahlberg København  
Christians Brygge 28, 4  
DK-1559 København V

dahlberg Odense  
Vestergade 19  
DK-5100 Odense C

dahlberg Esbjerg  
Borgergade 36-38  
DK-6700 Esbjerg