

SKADEANMELDELSE FOR SYGDOM M.M.

Erstatningskravet vedrører (sæt x)			
<input type="checkbox"/> Sygeledsagelse/tilkaldelse	<input type="checkbox"/> Hjemkaldelse	<input type="checkbox"/> Liv/sygdomsinvaliditet	<input type="checkbox"/> Ødelagt ferie
<input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst	<input type="checkbox"/> Tandbehandling	<input type="checkbox"/> Ulykke/ovefald	<input type="checkbox"/> Sygetransport
Virksomhedens navn		Hvad er din stilling i virksomheden?	
Fornavn og efternavn		Personnr.	
Adresse		Telefon mobil	Telefon
Postnr.	By	Email	
Oplysning om behandling			
Hvornår opstod sygdommen/tilskadekomsten?		Dato for hospitalophold	
Diagnose/beskrivelse af sygdommen _____			
Er du tidligere blevet behandlet for samme sygdom/symptomer?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? _____			
Behandler læge/tandlæge/hospital			
Navn _____		Telefonnr. _____	
Adresse _____		Postnr./By _____	
Specielt ved ulykke og overfald			
Hvor og hvornår er skaden sket?	Dato	Kl.	Sted (by og land)
Beskrivelse af hvad der er sket - så udførligt som muligt (vedlæg evt. yderligere forklaring)			
Var der vidner til uheldet?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Navn og adresse _____			
Er der optaget politirapport?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej, hvorfor ikke? _____			
Specielt ved hjemkaldelse			
Hvad/hvem var årsag til hjemkaldelsen? _____			
Hvorledes er/var personen beslægtet med dig? _____			
Dokumentation for hjemkaldelsen i form af journaludskrift, dødsattest eller lignende bedes vedlagt sammen med original dokumentation for dit krav.			
Alarmcentral			
Er skaden anmeldt til Europæisk alarmcentral?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, sagsnummer _____
Er skaden anmeldt til et af Europæisk lokale servicekontorer (Euro-Center)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, sagsnummer _____
Oplysninger om rejsen (udfyldes ved skade under rejse)			
Afrejседato	Planlagt hjemkomstdato	Hvad er formålet med rejsen?	
Rejsemål (by og land)		Evt. rejsearrangør/-flyselskab	

Kreditkort og forsikringsoplysninger

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

I hvilket selskab har virksomheden købt arbejdsskade forsikring?

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

I hvilket selskab har du købt ulykke/syge forsikring?

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

Erstatningskrav

Dokumentation bedes vedlagt i original

	Udenlandsk valuta	DKK	Skal regningerne betales direkte til udlandet? (sæt x)
Lægeregninger			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Medicin ordineret af læge			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Transportudgifter			<input type="checkbox"/>
Hospitalophold		Antal døgn	<input type="checkbox"/>
Merudgifter til hotel		Antal døgn	<input type="checkbox"/>
Øvrige merudgifter som følge af sygdommen/tilskadekomsten Hvilke?			<input type="checkbox"/>
Udgifter i forbindelse med sygeledsagelse/tilkaldelse Hvilke?			<input type="checkbox"/>
Udgifter i forbindelse med hjemkaldelse/erstatningsperson Hvilke?			<input type="checkbox"/>

Hvor lang tid var du syg? _____

Betalingsmåde

Bank reg.nr. og kontonr. _____ IBAN nr. _____

Bankens navn og adresse _____ Swift kode _____

Underskrift m.v.

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, Arbejdsskadestyrelsen 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. 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