

# Afbestilling af rejse

Skadeanmeldelse, side 1 af 4

## Følgende skal altid vedlægges:

- Originale rejsebeviser / flybilletter.
- Dokumentation for afbestilling af rejse samt angivelse af eventuel refusion.
- Det er en betingelse, at egen læge har udfyldt SOS' lægeerklæring, se side 3.

## Husk også at vedlægge dokumentation for skaden:

- Ved dødsfald vedlægges kopi af dødsattest.
- Ved anden skade vedlægges original dokumentation herfor.

Husk altid at opgøre og specificere dit erstatningskrav, f.eks. "Flybilletter DKK 4.000, og hotel EUR 450".

### VIGTIGT!

Hvis du ikke fremsender alle nødvendige oplysninger og bilag, vil det forlænge sagsbehandlingstiden. Dette skyldes, at det vil være nødvendigt at stille dig yderligere spørgsmål samt afvente modtagelsen af bilagene.

<b>Rejseforsikring via din indboforsikring</b>	Navnet på dit indboforsikringselskab: <b>GF Forsikring</b>	Policenummer:
<b>Forsikringstager</b>	Navn:	CPR-nr.:
	Adresse:	
	Postnr.:	By:
	Tlf. arbejde / privat:	<b>E-mail:</b>
<b>Sygdomsramte / tilskadekomne</b>	Navn:	CPR-nr.:
	Adresse:	
	Postnr. og by:	
<b>Oplysninger om rejsen</b>	Formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og erhverv <input type="checkbox"/> Andet: _____ Hvornår er rejsen bestilt? ____ / ____ år ____ Rejsemål / land: _____ Planlagt afrejsedato: ____ / ____ år ____ Hjemkomstdato: ____ / ____ år ____ Er rejsen blevet afbestilt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____ / ____ år ____	
<b>Rejsens pris</b>	Rejsens pris eksklusive afbestillingsforsikring: Kr. _____ Er der modtaget refusion fra rejsearrangøren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – Kr. _____ Hvor meget udgør kravet? Kr. _____	
<b>Køb af rejsen</b>	<input type="checkbox"/> Kreditkort * <input type="checkbox"/> Firmarejsekonto * <input type="checkbox"/> Kontant / betalingsoverførsel <input type="checkbox"/> Visa / dankort <b>* Hvis betalingen er foretaget med kreditkort / firmarejsekonto, skal du bemærke følgende:</b> • Husk at vedlægge kontoudtog der viser, at rejsen er betalt med kreditkortet / firmarejsekontoen. • Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype: _____	
<b>Oplysninger om skaden</b>	Dato for hændelsen, der var årsag til afbestilling: ____ / ____ år ____ Årsag til afbestilling / diagnose: _____	
<b>Bankoplysninger</b>	<input type="checkbox"/> Udbetaling til Nem-Konto (OBS husk CPR. Nr.) – Udbetaling til en anden konto, udfyld nedenfor: _____ Navn på kontoindehaveren _____ Bank _____ Reg.nr. _____ Kontonummer _____ SWIFT/BIC: _____ IBAN: _____	

<b>Lægeoplysninger</b>	Navn på skadelidtes egen læge:		
	Adresse:		
	Postnr.:	By:	
<b>Rejsedeltagere</b>	Hvorledes er / var skadelidte / afdøde beslægtet med forsikringstageren? <input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Forælder/svigerforælder <input type="checkbox"/> Barn/svigerbarn/barnebarn <input type="checkbox"/> Svoger/svigerinde <input type="checkbox"/> Bedsteforælder <input type="checkbox"/> Bror/søster <input type="checkbox"/> Rejseledsager		
	Angiv <b>alle</b> personer, som har afbestilt samme rejse:		
	Navn:	CPR-nr.:	Relation til forsikringstageren:
<b>Andre forsikringer / kreditkort</b>	Har du tegnet anden afbestillingsforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - angiv selskab og policenummer: Selskab: _____ Policenummer: _____ Anmeldt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Har du en afbestillingsforsikring, som er tilknyttet et kreditkort (f.eks. Mastercard, Eurocard, Diners etc.)? Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype: _____		
<b>Vigtigt!</b>	<b>Vi gør opmærksom på, at erstatningskravet skal dokumenteres. Der skal vedlægges originale rejsebeviser / flybilletter. Såfremt rejsen er betalt med et kreditkort eller en firmarejsekonto, skal der vedlægges dokumentation, der viser denne betaling. Husk at lægeerklæringen skal udfyldes ved sygdom / tilskadekomst.</b>		
<b>Underskrift</b>	Undertegnede erklærer på tro og love, at ovennævnte oplysninger er i overensstemmelse med sandheden. Ligeledes giver undertegnede tilladelse til at videresende disse akter/oplysninger til andre selskaber, der skal foretage udbetaling af erstatning i anledning af skaden. Såfremt SOS International a/s udbetaler fuld erstatning, overdrager jeg eventuelle fordringer mod flyselskaber og/eller rejsebureauer, der er relateret til min skade, til SOS International a/s.		
	Forsikringstagerens underskrift: _____ Dato: _____		
<b>OBS!</b> <b>Side 4 (Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger mv.) skal udfyldes af den sygdomsramte/tilskadekomne.</b> Hvis den sygdomsramte/tilskadekomne er under 18 år, skal erklæringen udfyldes af dennes forælder/væрге.			
<b>Sendes sammen med lægeerklæringen og samtykkeerklæringen til:  SOS International a/s, Nitvej 6, 2000 Frederiksberg, tlf. +45 38 48 86 42</b>			

# Lægeerklæring

Afbestilling af rejse, side 3 af 4

## Til egen læge!

SOS International a/s skal vurdere, om der er årsagssammenhæng mellem lidelsen og det, der forårsagede den, samt om forudbestående lidelser kan have sammenhæng med den pådragne lidelse og patientens gener. Det er derfor vigtigt, at vi får kendskab til alle symptomer og tilstande, der kan have betydning.

<b>Udfyldes af patienten</b>	Patientens navn: _____ CPR-nr.: _____
	Afrejsedato (hvis patienten skulle deltage på rejsen): _____
<b>Udfyldes af patientens egen læge</b>	Hvilken sygdom / tilskadekomst drejer det sig om? Angiv nøjagtig diagnose på dansk og latin: Dansk: _____ Latin: _____
	Hvornår fik patienten denne sygdom / skade? Dato: _____ / _____ år _____
	Tid og sted for første konsultation vedrørende den aktuelle sygdom / skade: Dato: _____ / _____ år _____ Sted: _____
	Hvornår påbegyndte De udredning, der relaterer sig til patientens gener? Dato: _____ / _____ år _____
	Hvornår fik patienten de første symptomer? Dato: _____ / _____ år _____
	<u>Kun relevant, hvis patienten skal rejse:</u> Skønner du, at lidelsen / almentilstanden er en hindring for at rejse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvorfor? _____
	Har patienten tidligere lidt af samme sygdom / symptomer? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____
	<u>Ved kronisk lidelse:</u> Er der indtrådt en akut uventet forværring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____
	Er patienten blevet henvist til speciallæge, hospital eller andet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____
	Hvortil? _____
	Bemærkninger (særlige forhold, der bør inddrages i sagens behandling): _____ _____ _____
	Denne attest er udfærdiget af undertegnede i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse. Lægens underskrift: _____ Dato: _____  Stempel: _____ Lægens CPR-nr./SE-nr.: _____

**Sendes sammen med lægeerklæringen og samtykkeerklæringen til:  
SOS International a/s, Nitivej 6, 2000 Frederiksberg, tlf. +45 38 48 86 42**

# Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.

FP602

## Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra dit forsikringsselskab, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit forsikringsselskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. SOS International a/s behandler sagen på vegne af dit forsikringsselskab. Du har derfor pligt til at give SOS International a/s alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

## Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at SOS International a/s har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

## Din læge kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven.

## Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som SOS International a/s ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

## Du får besked hver gang SOS indhenter oplysninger

Hver gang SOS International a/s indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, vi ønsker at hente oplysningerne.

## Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at SOS International a/s kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor SOS International a/s har bedømt mit eller forsikringstagerens eventuelle krav på at få forsikringen udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til SOS International a/s.

Navn:

CPR-nr.:

Underskrift

Dato:

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger, sker det ved en aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis forsikringsselskabet anmoder om det.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2008