

# Sygdom/tilskadekomst på rejsen

## Skadeanmeldelse

### Ved sygdom / tilskadekomst skal følgende medsendes:

- Rejsebevis/flybilletter.
- Original dokumentation for erstatningskravet, f.eks. lægeerklæring og lægeregninger.

### Ved erstatningsrejse / feriekompensation skal følgende medsendes:

- Rejsebevis/flybilletter.
- Dokumentation for rejsens pris (transport, hotelovernatninger og øvrige arrangementer).
- Dokumentation fra den behandlende læge i udlandet.

Husk altid at opgøre og specificere dit erstatningskrav, f.eks. "Lægebesøg for Mads, USD 70".

<b>VIGTIGT!</b>		<b>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	Navnet på dit indboforsikringselskab:		Policenummer:
	<b>GF Forsikring</b>		
Kravet vedrører	<input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst	<input type="checkbox"/> Sygeledsagelse	<input type="checkbox"/> Tilkaldelse
	<input type="checkbox"/> Erstatningsrejse / feriekompensation	<input type="checkbox"/> Hjemkaldelse	
Forsikringstager	Navn:		CPR-nr.:
	Adresse:		
	Postnr.	By:	
	Tlf. arbejde / privat:	<b>E-mail:</b>	
Sygdomsramte / tilskadekomne	Navn:		CPR-nr.:
	Adresse:		
	Postnr. og by		
Oplysninger om rejsen	Formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og erhverv <input type="checkbox"/> Andet: _____		
	Hvor skete skaden? Land: _____ og by: _____		
	Afrejsedato: ____ / ____ år ____ Kl. ____ Planlagt hjemkomst: ____ / ____ år ____ Kl. ____		
Køb af rejsen	<input type="checkbox"/> Kontant / betalingsoverførsel <input type="checkbox"/> Visa / dankort <input type="checkbox"/> <b>Kreditkort*</b> <input type="checkbox"/> <b>Firmarejsekonto*</b>		
	<b>*Hvis betalingen er foretaget med kreditkort / firmarejsekonto, skal du bemærke følgende:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Husk at vedlægge dokumentation for, at rejsen er købt med kreditkortet / firmarejsekontoen</li> <li>• Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype: _____</li> </ul>			
Oplysninger om skaden	Hvornår opstod skaden/sygdommen? ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): ____		
	Dato og klokkeslæt for første lægebesøg: ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): ____		
	Dato og klokkeslæt for evt. hospitalsindlæggelse: ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): ____		
	I tilfælde af hospitalsindlæggelse eller skriftligt lægeordineret sengeleje / indendørs ophold, angiv da venligst perioden (dokumentation skal vedlægges): fra den ____ / ____ til den ____ / ____		
Evt. hjemtransport arrangeret af: _____ den ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): ____			
Bankoplysninger	<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>Andre forsikringer / kreditkort</b>	Har du tegnet anden rejseforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - angiv forsikringsselskab og policenummer: Selskab: _____ Policenummer: _____ Anmeldt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Har du en anden forsikring, som er tilknyttet et kreditkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype: _____		
	Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype: _____		
<b>Rejsedeltagere</b>	Hvorledes er / var skadelidte 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		
	Var forsikringstageren med på rejsen? <input type="checkbox"/> Ja (rejsebevis vedlagt) <input type="checkbox"/> Nej		
	Navn på øvrige rejsedeltagere:	CPR-nr.:	Relation til forsikringstageren:
<b>Lægeoplysninger</b>	Navn på egen læge: _____		
	Adresse: _____		
	Postnr. _____	By _____	
	Har du tidligere haft samme symptomer/sygdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____ / ____ år ____		
<b>Oplysninger om skaden / sygdommen</b>	<b>Beskriv hændelsen i detaljer:</b>		
<b>Erstatningskrav</b>  <i>Husk at vedlægge dokumentation for erstatningskravet</i>	<b>Opgørelse af kravet:</b>	<b>Valuta:</b>	<b>Beløb:</b>
	<i>Vedlæg evt. separat opgørelse.</i>	<b>I alt:</b>	
<b>Vigtigt!</b>	<b>Vi gør opmærksom på, at erstatningskravet skal dokumenteres. Alle regninger og læge-erklæringer skal vedlægges i original.</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. <b>Husk at underskrive samtykkeerklæringen på næste side.</b> Skadelidtes underskrift: _____ Dato: _____		
<b>Anmeldelsen sendes til: SOS International a/s, Nitivej 6, 2000 Frederiksberg, tlf. +45 38 48 86 42</b>			

# Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.

## FP602

### Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra dit forsikringssselskab, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit forsikringssselskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. SOS International a/s behandler sagen på vegne af dit forsikringssselskab. 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 forsikringssselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor SOS International a/s har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring 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 forsikringssselskabet anmoder om det.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2008

SOS International a/s • Skadeafdelingen • Nitvej 6 • 2000 Frederiksberg

Telefon +45 38 48 86 42 • Fax +45 38 48 89 64 • E-mail skade@sos.eu

CVR.nr. 17013718

Anmeldelse opdateret, februar 2011