

Skadeanmeldelse

If Rejseforsikring



1.

Policenummer		Skadenummer (udfyldes af If)
For- og efternavn		CPR-nummer
Adresse		Postnr. og by
E-mail		
Tlf. privat	Tlf. arbejde	Mobil

2. Skadelidte

For- og efternavn		CPR-nummer
Adresse		Postnr. og by
E-mail		
Tlf. privat	Tlf. arbejde	Mobil

3. Under hvilken dækning søger du erstatning? (Ved bagageforsinkelse rekvireres en separat anmeldelse hos If)

<input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst	<input type="checkbox"/> Eftersøgning/redning	<input type="checkbox"/> Hjemtransport	<input type="checkbox"/> Tandlæge, fysioterapi, kiropraktik
<input type="checkbox"/> Sygeledsagelse/Tilkaldelse	<input type="checkbox"/> Forsinket fremmøde	<input type="checkbox"/> Hjemkaldelse	<input type="checkbox"/> Erstatningsrejse/Ødelagte feriedage
<input type="checkbox"/> Transportforsinkelse	<input type="checkbox"/> Sikkerhedsstillelse/kaution	<input type="checkbox"/> Evakuering	
<input type="checkbox"/> Andet _____			

4. Hvornår skete skaden? (Dato) _____

5. Beskriv hændelsen i detaljer (Vedlæg evt. separat beskrivelse, hvis der er for lidt plads) _____

6. Rejsen

Formål Ferie Erhverv Kombineret ferie og erhverv Studier Andet _____

Afrejse _____ Hjemkomst _____

Rejsebureau/arrangør _____ Land/opholdssted _____



7. Sygdom/Ulykke/Tilskadekomst m.v.

Dato og klokkeslæt for sygdom/ulykke _____ 1. konsultation _____

Raskmelding _____ Hospitalsophold (dato fra/til) _____ - _____

Lægeordineret sengeleje (dato fra/til) _____ - _____ **Lægeerklæring skal vedlægges**

Har du tidligere haft samme symptomer/sygdom? Ja Nej Hvis ja, hvornår _____

Navn/adresse/tlf. på egen læge _____

Er du medlem af Sygeforsikringen „danmark“? Ja Nej

Har du en ulykkesforsikring i et andet selskab? Ja Nej Hvis ja, hvilket selskab _____

Policenummer _____ Er skaden meldt dertil? Ja Nej

Har du et internationalt kreditkort? Ja Nej Hvis ja, hvilket selskab _____

Korttype _____ Kortnummer _____ Er skaden meldt dertil? Ja Nej

Har du rejseforsikring i et andet selskab? Ja Nej Hvis ja, hvilket selskab _____

Policenummer _____ Er skaden meldt dertil? Ja Nej

8. Udgifter ved sygdom, tilskadekomst m.v.

Hvilken diagnose?	Udgifter (læge/medicin m.v.)	Beløb (valuta)	Har du betalt?	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

TIL EGEN LÆGE!

If 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.

UDFYLD VENLIGST

Udfyldes af patienten	Patientens navn	CPR-nummer
	Afrejsedato	
Udfyldes af patientens egen læge	Hvilken sygdom / tilskadecomst drejer det sig om? Angiv nøjagtig diagnose på dansk og latin	
	Dansk	
	Latin	
	Hvornår fik patienten denne sygdom / skade?	
	Dato	Sted
	Tid og sted for første konsultation vedrørende den aktuelle sygdom / skade	
	Dato	Sted
	Hvornår påbegyndte du udredning, der relaterer sig til patientens gener?	
	Dato	
	Hvornår fik patienten de første symptomer?	
	Dato	
	Kun relevant, hvis patienten skal rejse: 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? Hvis ja, hvornår?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Ved kronisk lidelse: Er der indtrådt en akut uventet forværring? Hvis ja, hvornår?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Er patienten blevet henvist til speciallæge / hospital? Hvis ja, hvornår?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Bemærkninger (særlige forhold, der bør inddrages i sagens behandling)	

UNDERSKRIFT

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- eller CVR-nummer _____

Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.



Skadeanmeldelse – If Rejseforsikring

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. Du har derfor pligt til at give If 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 If 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 If 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 If indhenter oplysninger

Hver gang If 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 If 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 If 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 If.

Navn _____ CPR-nummer _____

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