

Skadeanmeldelse



If Rejseforsikring - sygdom, tilskadekomst m.v.

FØLGENDE SKAL ALTID VEDLÆGGES:

- Rejsebevis/flybilletter
- Original dokumentation for erstatningskravet, fx lægeerklæring og lægeregninger
- Originale kvitteringer for evt. afholdte ekstraudgifter

Husk altid at specificere dit erstatningskrav, fx "lægebesøg for Thomas, 70 USD".

Ved erstatningsrejse/feriekompensation skal følgende medsendes:

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

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.

Har du forsikring
via dit betalingskort?

Bank:

Har du en erhvervs-
rejseforsikring i If?

Policenummer:

Forsikringstager

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Postnr.:

By:

Tlf. arbejde / privat:

E-mail:

Sygdomsramte /
tilskadekomne

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Postnr.:

By:

1. Under hvilken dækning søger du erstatning?

- Sygdom/hjemtransport Tandlæge, fysioterapi, kiropraktor Sygeledsagelse/tilkaldelse Hjemkaldelse
- Erstatningsrejse/feriekompensation Ulykke
- Andet _____

2. Hvornår skete skaden? Dato: _____

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



4. Rejsen

Formål: Ferie Erhverv Kombineret ferie og erhverv Studier Andet _____

Afrejse dato: _____ Planlagt hjemkomst: _____

Rejsemåde: Fly Egen bil Firmabil Andet _____

Rejsebureau/arrangør: _____ Land/opholdssted: _____

5. 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: _____

6. Rejsedeltagere

Hvorledes er/var skadelidte beslægtet med forsikringstageren?

Ægtefælle/samlever Forældre/svigerforældre Barn/svigerbarn/barnebarn Svoger/svigerinde

Bedsteforældre Bror/søster Rejseledsager

Andet _____

Var forsikringstageren med på rejsen? Ja (rejsebevis vedlægges) Nej

Navn på øvrige rejsedeltagere:	CPR-nr.:	Relation til forsikringstager:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Erstatningskrav *(husk at vedlægge dokumentation for erstatningskravet)*

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

Vigtigt! Vi gør opmærksom på at erstatningskravet skal dokumenteres. Alle regninger og lægeerklæringer skal vedlægges i original.

8. Andre forsikringer

Er du medlem af Sygeforsikringen „danmark“? Ja Nej

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

Policensnummer: _____ Er skaden meldt dertil? Ja Nej

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

Korttype: _____ Kort nr.: _____ Er skaden meldt dertil? Ja Nej

Har du rejse-/firmarejseforsikring i et andet selskab? Ja Nej Hvis ja, hvilket selskab: _____

Policensnummer: _____ Er skaden meldt dertil? Ja Nej

9. Udbetaling af erstatning

If udbetaler via Nemkonto, hvilket gør det mere enkelt for dig at få udbetalt eventuel erstatning fra If. *Læs mere om Nemkonto på www.nemkonto.dk og www.if.dk*

10. Underskrift

Jeg erklærer herved, at ovenstående spørgsmål er besvaret i overensstemmelse med sandheden. Under henvisning til lov om offentlighed i forvaltning giver jeg herved tilladelse til, at selskabet kan søge oplysninger hos de tandlæger, læger, lægelige institutioner og forsikringselskaber, som har eller vil få kendskab til skaden. Selskabet kan endvidere gøre disse bekendt med det oplyste. Jeg giver samtidig min tilladelse til, at If indhenter evt. politirapport eller obduktionserklæring til gennemsyn.

Dato _____

Underskrift _____

Sendes til:
If, Stamholmen 159, 2650 Hvidovre