

Afbestilling af rejse Skadeanmeldelse



FØLGENDE SKAL ALTID VEDLÆGGES:

- Originale rejsebeviser / flybilletter.
- Dokumentation for afbestilling af rejse samt angivelse af eventuel refusion.
- Kontoudtog der viser, at rejsen er betalt med kredittkort / firmarejsekonto (hvis dette er et krav for forsikringsdækning).
- Det er en betingelse, at egen læge har udfyldt If 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, fx "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.

| | | |
|--|--|--|
| Har du forsikring via dit betalingskort? | Bank: | |
| Har du en erhvervsrejseforsikring i If? | Policenummer: | |
| Forsikringstager | Navn: | CPR-nr.: |
| | Adresse: | |
| | Postnr.: | By: |
| | Tlf. arbejde / privat: | E-mail: |
| Sygdomsramte / tilskadekomne | Navn: | CPR-nr.: |
| | Adresse: | |
| | Postnr.: | By: |
| Oplysninger om rejsen | Formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og erhverv | Andet: |
| | Hvornår er rejsen bestilt? | Rejsemål / land: |
| | Planlagt afrejsedato: | Hjemkomstdato: |
| | Er rejsen blevet afbestilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja, hvilken dato: |
| Rejsens pris | Rejsens pris eksklusiv afbestillingsforsikring i kr.: | |
| | Er der modtaget refusion fra rejsearrangøren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, hvor meget? Kr.: Hvor meget udgør kravet? Kr.: |
| Oplysninger om skaden | Dato for hændelsen, der var årsag til afbestilling: | Årsag til afbestilling / diagnose: |
| Bankoplysninger NemKonto | En evt. erstatning kan IKKE overføres til et kredittkort, men i stedet til din bankkonto. Bank: SWIF/BIC: | Reg. nr.: kontonr.: IBAN: |

UDFYLD VENLIGST

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| Lægeoplysninger | Navn på skadelidtes egen læge: | | |
| | Adresse: | | |
| | Postnr.: | CPR-nr.: | |
| Rejsedeltagere | 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 | | |
| Angiv alle personer, som har afbestilt samme rejse: | Navn: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |
| | Navn: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |
| | Navn: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |
| | Navn: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |
| | Navn: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |
| | Navn: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |
| | Navn: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |
| Andre forsikringer / kreditkort | Har du tegnet anden afbestillingsforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja, angiv selskab og policenummer: | |
| | Anmeldt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Har du en afbestillingsforsikring, som er tilknyttet et kreditkort (fx Mastercard, Eurocard, Diners etc.)? | Angiv kreditkorttype: | Angiv kortnummer: | |
| | Angiv kreditkorttype: | Angiv kortnummer: | |

UNDERSKRIFT

Jeg erklærer ved min underskrift, at de nævnte punkter er besvaret i overensstemmelse med sandheden. Jeg er bekendt med, at urigtige oplysninger kan medføre bortfald eller reduktion af erstatning. Jeg giver tilladelse til, at If kan indhente oplysning om mig hos behandlere og behandlende institutioner, tandlæger, læger, sygehuse og andre relevante institutioner som fx forsikringsselskaber, politi, offentlige myndigheder og Arbejdsskadestyrelsen, som har eller vil få kendskab til den anmeldte hændelse og/eller min helbredstilstand. If kan endvidere gøre disse bekendt med det oplyste.

Forsikringstagers underskrift: _____ Dato: _____

OBS!

Side 4 (Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger mv.) skal udfyldes af den sygdomsramte/tilskadekomne. Hvis den sygdomsramte/tilskadekomne er under 18 år, skal erklæringen udfyldes af dennes forælder/værge.

Sendes sammen med lægeerklæringen og samtykkeerklæringen til:
If, Stamholmen 159, 2650 Hvidovre, Telefon: +45 7012 2424, www.if.dk

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-nr.: _____ |
| | Afrejsedato: _____ | |
| Udfyldes af patientens egen læge | Hvilken sygdom / tilskadekomst 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-nr./SE-nr.: _____

Sendes sammen med lægeerklæringen og samtykkeerklæringen til:
If, Stamholmen 159, 2650 Hvidovre, Telefon: +45 7012 2424, www.if.dk

Side 3 af 4

Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.



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-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