

Skadeanmeldelse

AFBESTILLINGSFORSIKRING (side 1 af 2)



Udfyldes af forsikrede

Policenummer:	<input type="text"/>		
Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Postnr.:	<input type="text"/>
By:	<input type="text"/>	Tlf. privat:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Tlf. arbejde:	<input type="text"/>

1. Skaden vedrører

Hvad vedrører skaden? Sygdom/tilskadekomst Dødsfald Andet

Hvis andet, hvad?

2. Følgende dokumentation skal vedlægges

Lægeerklæring fra egen læge	Vedlagt <input type="checkbox"/>
Originalt rejsebevis der søges refunderet	Vedlagt <input type="checkbox"/>
I tilfælde af død, dødsattest	Vedlagt <input type="checkbox"/>
Anden skade	Vedlagt <input type="checkbox"/>

3. Oplysninger om rejsen

Hvor er rejsen købt?

Rejsemål: Rejsens formål:

Planlagt afrejsedato: Hjemkomstdato:

Dato for køb af rejsen hos rejsearrangøren:

Dato for afbestilling af rejsen hos rejsearrangøren:

Dato for hændelsen, der var årsag til afbestillingen:

4. Oplysninger om skaden

Hvem omhandler skaden? Forsikrede Familien medlem Rejseledsager

Ved sygdom/tilskadekomst, diagnose:

Ved dødsfald, årsag:

Ved anden skade, hvilken:

AFBESTILLINGSFORSIKRING (side 2 af 2)



5. Andre rejseledsagere som har afbestilt samme rejse

Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr.:	<input type="text"/>

6. Specifikation af udgifter (originalt rejsebevis, flybiletter m.v. skal vedlægges)

Har du fået en del af det indbetalte retur fra rejsearrangøren? Ja Nej

Hvis ja, hvad var beløbet? Hvilket beløb ønskes refunderet?
(Dokumentation bedes vedlagt)

7. Udbetaling

Hvilken konto ønsker du en eventuel erstatning indsat på?

Banknavn: Reg.nr.: Kontonr.:

Bemærk, at ønsker du en anden form for udbetaling end en bankoverførsel, beregnes et gebyr på kr. 50,00

8. Underskrift

Undertegnede erklærer på tro og love, at alle oplysninger afgivet i denne skadeanmeldelse er i overensstemmelse med sandheden. Undertegnede samtykker i, at ETU Forsikring kan rette henvendelse til enhver læge, ethvert hospital eller ethvert forsikringselskab og dér modtage oplysninger om undertegnede til brug for skadebehandlingen i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Dato: _____ Underskrift: _____

Hvis sygdommen vedrører en anden end forsikrede, skal denne tillige underskrive her:
Jeg accepterer ved min underskrift, at selskabet modtager lægelige oplysninger om min person.

Dato: _____ Underskrift: _____