

Skadeanmeldelse Rejseforsikring – afbestilling

Skadenr:

Generelle oplysninger – skal altid besvares

Efternavn	Fornavn	CPR-nr.
Adresse	E-mail:	
Postnummer	By	Telefon dagtid / mobilnr.

Forsikring for rejseperiode – skal altid besvares

Rejseforsikringen er købt igennem	Forsikringsselskab/rejsearrangør	Police-/bookingnummer	Hvad er/var formålet med rejsen?
Rejsedatoer og rejsemål	Planlagt afrejsedato	Planlagt hjemkomstdato	Rejsemål (by og land)

OBS: Vedlæg altid rejsebevis eller flybillet/boarding pas.

Oplysninger om rejsen – skal altid besvares

Har du afbestilt rejsen hos rejsearrangøren? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Dato for afbestilling	Rejsearrangør og bookingnr./rejsebevisnr		
Har du fået refusion fra rejsearrangør/flyselskab? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Beløb	Valuta		
Har du anmeldt skaden til et andet forsikringsselskab? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Forsikringsselskab	Police-/skadenr.		
Har du anden afbestillingsforsikring? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Forsikringsselskab	Policenr.		
Har du kreditkort? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Er rejsen købt på kreditkortet Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvilket kreditkort?	Kortnummer?	Hvilken bank?

Oplysning om din bankkonto – skal altid besvares

Bankens navn	Registreringsnummer	Kontonummer
---------------------	----------------------------	--------------------

Afbestilling – sygdom, tilskadekomst og dødsfald

Vedlæg: Lægeerklæring, journaludskrift eller dødsattest.

Hvem er årsag til afbestillingen?	Angiv relation			
Hvad er årsag til afbestillingen?	Diagnose			
Hvornår og hvor blev der søgt læge?	Dato	Behandlingssted	<input type="checkbox"/> Jeg søgte ikke læge	
Ved indlæggelse på sygehus	Indlæggelsesdato	Udskrivelsesdato	Behandlingssted	<input type="checkbox"/> Har ikke været indlagt
Har du/patienten tidligere lidt af samme sygdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Dato/behandlingssted			

Afbestilling – anden årsag

Vedlæg: Dokumentation på årsag fra myndighed e.lign.

Hvad er årsag til afbestilling?	Årsag
Hvor og hvornår opstod årsagen til afbestillingen?	Sted/dato

Erstatningskrav – skal altid besvares

Vedlægges: Dokumentation for rejsens pris.

Hvem afbestiller?	Angiv navne
Erstatningskrav	

Underskrift – skal altid besvares

Hermed erklæres på tro og love, at samtlige oplysninger i denne anmeldelse er korrekte og jeg ikke har fortiet noget.	
Med min underskrift giver jeg hermed Falck Global Assistance fuldmagt til hos autoriserede sundhedspersoner, hospitaler, offentlig myndighed, forsikringsselskaber m.fl. at indhente og videresende oplysninger angående denne skade.	
Sted og dato	.
Underskrift	

Skadeanmeldelse og bilag sendes til: claims.fga@dk.falck.com

Falck Global Assistance
Kongebakken 1
2760 Smørum
Danmark

Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger (FP 602)

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra dit forsikringsselskab, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit forsikringsselskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. Falck Global Assistance behandler sagen på vegne af dit forsikringsselskab. Du har derfor pligt til at give Falck Global Assistance 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 Falck Global Assistance 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 m.fl. kan videregive oplysninger

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

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 Falck Global Assistance ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang Falck Global Assistance indhenter oplysninger

Hver gang Falck Global Assistance indhenter konkrete oplysninger, 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 Falck Global Assistance må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Falck Global Assistance 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 Falck Global Assistance.

Sted og dato

Underskrift og
cpr.nr.