



Visa Electron nr.: _____

Skadenummer: _____ (udfyldes af If)

Navn: _____ CPR-nr.: _____ - _____

Adresse: _____ Postnr.: _____ By: _____

Tlf. privat: _____ Tlf. arbejde: _____ Mobil nr.: _____

E-mail: _____

1. Under hvilken dækning søger du erstatning?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afbestilling | <input type="checkbox"/> Tandlæge, fysioterapi, kiropraktor | <input type="checkbox"/> Erstatningsrejse |
| <input type="checkbox"/> Sikkerhedsstillelse/Kaution | <input type="checkbox"/> Bagage | <input type="checkbox"/> Sygeledsagelse/Tilkaldelse |
| <input type="checkbox"/> Koncert og festival | <input type="checkbox"/> Tilbageholdelse | <input type="checkbox"/> Bagageforsinkelse |
| <input type="checkbox"/> Forsinket fremmøde | <input type="checkbox"/> Ulykke | <input type="checkbox"/> Evakuering |
| <input type="checkbox"/> Sygdom/Hjemtransport | <input type="checkbox"/> Hjemkaldelse | <input type="checkbox"/> Privatansvar |
| <input type="checkbox"/> Eftersøgning/Redning | <input type="checkbox"/> Andet _____ | |

2. Hvornår skete skaden? (Dato): _____

3. Beskriv hændelsen i detaljer:

4. Rejsen

Formål: Ferie Kombineret ferie og erhverv Studier _____ Andet _____

Afrejse: _____ Hjemkomst: _____

Rejsebureau/arrangør: _____ Land/opholdssted: _____

5. Sygdom/Ulykke/Tilskadecomst 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, 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, Selskab: _____

Policenummer: _____

Er skaden meldt dertil? JA NEJ

Har du et andet internationalt kreditkort? JA NEJ, Korttype: _____

Kort nr.: _____

Er skaden meldt dertil? JA NEJ

Har du rejseforsikring i et andet selskab? JA NEJ, Selskab: _____

Policenummer: _____

Er skaden meldt dertil? JA NEJ



6. Udgifter ved sygdom, tilskadekomst m.v.

Hvilken diagnose?	Udgifter (læge/medicin m.v.)	Beløb (valuta)	Har du betalt? (ja/nej)

7. Beskadigelse/tyveri

Hvornår blev skaden konstateret? (dato): _____ Hvornår skete skaden? (hvis forskellig): _____

Hvem er skaden anmeldt til?

Politi Transportselskab Hotel Guiden SOS-International a/s If

Andet: _____ **Original dokumentation skal vedlægges**

Hvor var effekterne, da skaden skete?

Bil/campingvogn Hotel/lejlighed Bolig i udlandet Bus Fly Tog

Andre steder: _____

Var bagagen indchecket/deponeret? JA NEJ, Hos hvem? _____

Var opbevaringsstedet aflåst? JA NEJ

Var der tegn på indbrud? JA NEJ, Hvilke? _____

8. Mistede effekter

Hvad har du mistet?	Købsdato (dd/mm/åå)	Anskaffelsespris	Erstatningskrav (vedlæg originalbilag)

Vedlæg evt. separat opgørelse

Hvor skal vi indsætte en eventuel erstatning?

Bank: _____ Reg.nr.: _____ Kontonummer: _____

Hvor har du/din familie-/indboforsikring: _____

Policenummer: _____ Er skaden meldt dertil? JA NEJ

9. 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: _____

Denne anmeldelse skal sendes til: If Skadeforsikring, Stamholmen 159, 2650 Hvidovre