

Erhvervsrejseforsikring Staten

Skadeanmeldelse for sygdom m.m.

Forsikringskort nr.:

Euro-Alarm sagsnr.:

Inden du går i gang med at udfylde denne skadeanmeldelse, beder vi dig venligst være opmærksom på, at de oplysninger du giver os, er grundlaget for behandlingen af dit erstatningskrav. Vi ønsker at yde dig en god og individuel service. Derfor er det vigtigt, at du udfylder alle felter i skadeanmeldelsen og sender originale bilag. Er der specielle forhold, der ikke bliver berørt tilstrækkeligt i denne anmeldelsesblanket, er du meget velkommen til at beskrive disse i et almindeligt brev og vedlægge det.

Du bedes venligst udfylde og underskrive skadeanmeldelsen samt foranledige at samtykkeerklæring bliver udfyldt og underskrevet af din arbejdsgiver og fremsende begge til Europæiske ERV att.: Skadeafdelingen.

Erstatningskravet vedrører (sæt ✓)			
Hjemtransport/Sygeledsagelse/Tilkaldelse Sygdom/Tilskadekomst	Rejseafbrydelse/Hjemkaldelse/Erstatningsperson Tandbehandling	Rejseliv/Sygdomsinvaliditet Ulykke/Overfald	
Institutionens navn og CVR nr.		Hvad er din stilling i institutionen?	
Fornavn, efternavn:		Personnr.	
Privatadresse:		Postnr.	By
Email	Telefon: Mobil	Privat	Arbejde
Oplysninger om rejsen			
Afrejседato	Planlagt hjemkomstdato	Rejsemål (land)	
Hvad er formålet med rejsen?		Evt. rejsearrangør/flyselskab	
Hvad er der sket?			
Hvor og hvornår opstod skaden?	Dato	Kl.	Sted (land)
Beskrivelse af hvad der er sket - så udførligt som muligt (vedlæg evt. yderligere forklaring)			
Specielt ved ulykke og overfald			
Var der vidner til uheldet?			
Ja	Nej	Navn og adresse	
Er der optaget politirapport?			
Ja	Nej	Hvis nej, hvorfor ikke?	
Specielt ved rejseafbrydelse			
Hvad/hvem var årsag til rejseafbrydelsen?			
Hvorledes er/var personen beslægtet med dig?			
NB: Dokumentation for rejseafbrydelsen i form af journaludskrift, dødttest e.l. bedes vedlagt sammen med dokumentation for dit krav.			
Oplysning om behandling			
Dato for lægebehandling		Dato for hospitalophold:	
Diagnose/beskrivelse af sygdommen			
Er du tidligere blevet behandlet for samme sygdom/symptomer?	Ja	Nej	Hvis ja, angiv sidste behandlingsdato
Er skaden anmeldt til et af Europæiskes lokale servicekontorer (Euro-Center)?	Ja	Nej	Hvis ja, sagsnummer
Blev du hjemtransporteret?	Ja	Nej	Hvis ja, hvornår?
Egen læge/tandlæge:	Navn		Telefonnr.
Adresse			Postnr./by

Erstatningskrav			
Vi beder dig vedlægge dokumentation Udgifter på grund af sygdommen/tilskadekomsten:		Udenlandsk valuta	DKK
Skal regningerne betales direkte til udlandet? (sæt ✓)			
Lægeregninger	Antal konsultationer		
Medicin ordineret af læge			
Transportudgifter			
Hospitalophold	Antal døgn		
Merudgifter til hotel	Antal døgn		
Er sengelejet ordineret af læge?	ja	nej	
(hvis ja, vedlæg dokumentation)			
Øvrige merudgifter som følge af sygdommen/tilskadekomsten	Hvilke?		
Udgifter i forbindelse med sygeledsagelse/tilkaldelse	Hvilke?		
Er der udbetalt á conto beløb i forbindelse med ovennævnte?			
ja	nej	DKK:	Udbetalt den (dato): Af:
Anden forsikring			
I hvilket selskab har du tegnet ulykke/sygeforsikring?			
Selskab:	Policenr.:	Er skaden anmeldt hertil?	Ja Nej
Betalingsmåde			
Ønskes tilgodehavende indsat på bank- eller girokonto tilhørende		Institutionen	Dig selv
Ved betaling til institutionen, oplys venligst EAN nr.:			
Bank reg.nr. og kontonr.		Girokontonr.	
Bankens navn og adresse			
Underskrift m.v.			
<p>Jeg giver samtykke til, at Europæiske ERV kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af forsikringsydelsen. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningstidspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af forsikringsydelsen. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som kan suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Europæiske ERV ønsker det. Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos forsikrings-selskaber/pensionskasser. Andre forsikrings-selskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Jeg giver ligeledes samtykke til, at der løbende indhentes sagsakter fra Arbejdsskadestyrelsen under styrelsens behandling af sagen.</p>			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			Dato
Sikredes underskrift			