

# Skademelding Avbestillingsforsikring

Skadenr. (fylles i av Accept)

Følgende må alltid legges ved skademeldingen:

[Faktura for reisearrangementet der dato og pris for reisen, forsikring og skatter fremgår.](#)

[Avbestillingsbekreftelse der avbestillingsdato samt eventuell tilbakebetaling fra reiseselskapet fremgår.](#)

Andre dokumenter (f.eks. visum) i original, som kan være av betydning for behandling av skaden.

Ved sykdom, legeerklæring i original, fylt ut, stemplet og underskrevet av registrert og uhildet lege.

Kvittering på betalt reise.

## Bestiller av bookingen:

Navn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Postnr:

Postadresse:

E-post:

Telefon:

## Person som foretok avbestilling

Navn:

Fødselsnummer:

Navn:

Fødselsnummer:

Navn:

Fødselsnummer:

Årsak til avbestilling:

## Hvem ble rammet:

Navn:

Fødselsnummer:

Hvis ikke reisedeltaker, angi relasjon til den forsikre:

Hvis sykdom, pågår behandlingen fortsatt?

- Ja  
 Nei

Hvis sykdom, har den rammede lidd av samme sykdom tidligere?

- Ja Angi hvor lenge pasienten har vært symptomfri:  
 Nei

Er skaden innmeldt eller kommer den til å bli innmeldt til annet forsikringsselskap/reisebyrå/arrangør/annet?

- Ja Hvis ja; angi til hvem. Hvis utbetaling er gjort, angi sum:  
 Nei

Bank:

BIC:

IBAN:

Jeg erklærer på ære og samvittighet at alle opplysninger i denne skademeldingen er sannferdige. Jeg gir Accept Försäkringsaktiebolag, etter at erstatning er mottatt, fullmakt til å håndtere samtlige tilbakebetalinger fra andre forsikringsselskaper, reisebyråer, flyselskap, andre trafikkforetak og leverandører.

Sted:

Dato:

Underskrift:

## Sendes til:

Accept Försäkringsaktiebolag  
Box 2068  
SE-174 02 Sundbyberg  
Sweden

eller

[info@accept.se](mailto:info@accept.se)

Behandling, inkludert utbetaling, skal skje innen 30 dager etter at den forsikrede har godtgjort det som vedkommende forplikter.

Fylles ut og skrives under av legen.

Navn på reisende:

Fødselsnummer:

Navn på pasienten:  
(hvis forskjellig fra den reisende)

Fødselsnummer:

Avbestillingen gjelder reise til:

Bestillingsdato:

Avreisedato:

Sted og dato for undersøkelsen/behandlingen som ligger til grunn for utarbeidelsen av denne erklæringen:

Undersøkelsesresultat og diagnose:

ICD-10-kode:

Gjelder det en kronisk sykdom eller en sykdom som pasienten har lidd av tidligere?

Ja Angi hvor lenge pasienten har vært symptomfri:

Nei

### Fylles ut hvis den reisende er syk

Jeg fraråder uttrykkelig å gjennomføre reisen, da pasientens (den reisendes) tilstand innebærer at reisen ikke kan gjennomføres uten men for pasienten.

Jeg fraråder ikke å gjennomføre reisen. Pasientens (den reisendes) tilstand utgjør ingen hindring for reise.

### Fylles ut hvis nærstående er syk

Den reisende, som er nærstående til pasienten, bør ikke gjennomføre reisen. Dette skyldes at pasientens tilstand krever spesiell omsorg fra den reisende.

Den reisende, som er nærstående til pasienten, kan gjennomføre reisen. Dette skyldes at pasientens tilstand ikke krever spesiell omsorg fra den reisende.

### Fylles alltid ut

Sykdommen er ikke akutt

Sykdommen er akutt

Graviditet (Merk! Utgjør ingen hindring for reise.)

Ingen av alternativene ovenfor gjelder:

Navn med blokkbokstaver:

Tittel:

Tjenestested:

Telefon:

Stempel:

Sted:

Dato:

Underskrift: