

Skadesanmeldelse Afbestillingsforsikring

Skadenr. (udfyldes af Accept)

Følgende skal altid vedlægges skadesanmeldelse:

[Faktura for rejsearrangement, hvor dato og pris for rejsen, forsikring og skatter fremgår \(eksempel\).](#)

[Afbestillingsbekræftelse, hvor afbestillingsdato samt eventuel tilbagebetaling fra rejsebureauet fremgår \(eksempel\).](#)

Øvrige dokumenter f.eks. kopi af gyldigt pas, visum, som kan have betydning for håndtering af skaden.

Ved sygdom, lægeerklæring i original, udfyldt, stemplet og underskrevet af autoriseret og upartisk læge.

Kvittering for betalt rejse.

Bestiller af reservation:

Navn:

Cpr-nr.:

Adresse:

Postnr.:

Postadresse:

E-mail:

Telefon:

Person, der afbestilles:

Navn:

Cpr-nr.:

Navn:

Cpr-nr.:

Navn:

Cpr-nr.:

Anledning til afbestilling:

Hvem er berørt:

Navn:

Cpr-nr.:

Hvis person ikke er rejsedeltager, angiv da relation til den forsikred:

Ved sygdom, er person stadig under behandling?

- Ja
 Nej

Drejer det sig om kronisk sygdom eller sygdom, som patienten har lidt af tidligere?

- Ja Hvis ja, oplys hvor længe patienten har været rask:
 Nej

Er skaden anmeldt, eller vil den blive anmeldt til andet forsikringsselskab/rejsebureau/arrangør/andet?

- Ja Hvis ja, oplys til hvem, hvis udbetaling har fundet sted, oplys beløb:
 Nej

Bank:

BIC:

IBAN:

Jeg garanterer på tro og love, at alle oplysninger i denne skadesanmeldelse er i overensstemmelse med sandheden. Jeg giver Accept, når erstatning er opnået, fuldmagt til at modtage alle tilbagebetalinger fra andre forsikringsselskaber, rejsearrangører, flyselskaber, andre trafikelskaber og leverandører.

By:

Dato:

Underskrift:

Indsendes til:

Accept Försäkringsaktiebolag

Gustavslundsvägen 147
SE-167 51 Bromma
Sverige

eller

info@accept.se

Behandling inkl. udbetaling skal ske inden for 30 dage, efter at forsikrede har opfyldt det, der påhviler denne.

Udfyldes og underskrives af lægen.

Rejsendes navn:

Cpr-nr.:

Patientens navn:
(hvis det ikke er den rejsendes)

Cpr-nr.:

Afbestillingen gælder for rejse til:

Bestillingsdato:

Afrejsedato:

Sted og dato for den undersøgelse/behandling,
der ligger til grund for udstedelsen af denne
erklæring:

Undersøgelsesresultat og diagnose:

ICD-10-kode:

Drejer det sig om kronisk sygdom eller sygdom, som patienten har lidt af tidligere?

Ja Angiv, hvor længe patienten har været rask:

Nej

Udfyldes, når den rejsende er syg

Jeg fraråder udtrykkeligt at rejse, eftersom patientens = den rejsendes tilstand betyder, at en sådan rejse ikke kan gennemføres uden men for patienten.

Jeg fraråder ikke at rejse. Patientens = den rejsendes tilstand er ingen forhindring for at rejse.

Udfyldes, når pårørende er syg

Den rejsende, som er nær pårørende til patienten, bør ikke gennemføre rejsen. Det skyldes, at patientens tilstand giver anledning til særlig pleje af den rejsende.

Den rejsende, som er nær pårørende til patienten, kan gennemføre rejsen. Det skyldes, at patientens tilstand ikke giver anledning til særlig pleje af den rejsende.

Udfyldes altid

Sygdommen er ikke akut

Sygdommen er akut

Graviditet (Obs! Er ingen forhindring for at rejse.)

Ingen af ovenstående er relevant:

Navn:

Titel:

Arbejdssted:

Telefon:

Stempel:

By:

Dato:

Underskrift: