

NHC SKADEANMELDELSE

Policenr.		Fødselsdato (DD-MM-ÅÅ)		
Fornavn	Efternavn			
Adresse/land				
Telefon		E-mail		

Skadetype (sæt x)

Sygdom/tilskadekomst Tandbehandling Sygeledsagelse/tilkaldelse Hjemkaldelse

Sygdom/tilskadekomst

Årsag(er) til lægebehandling/diagnose?

Hvornår opstod sygdommen/tilskadekomsten?

Har du tidligere lidt af samme sygdom? Hvis ja, hvornår?

Navn/adresse på behandlende læge/hospital:

Hjemkaldelse

Hvad/hvem var årsag til hjemkaldelsen?

Hvorledes er/var personen beslægtet med dig?

Lægeerklæring eller dødsattest bedes vedlagt sammen med dokumentation for dine udgifter.

Anden forsikring

Er du dækket via sygeforsikring i et andet selskab? Nej Ja

Hvis ja, oplys venligst navn/adresse på forsikringsselskabet _____

_____ Policenr.? _____

Refundering

Refundering kan ske direkte til bankkonto efter eget valg, hvis du anfører de nødvendige oplysninger nedenstående:

Bank reg.nr/kontonr. _____

IBAN nr. _____ SWIFT code _____

Bankens navn/adresse _____



NORDIC
HEALTH CARE

