

Erhvervsrejseforsikring

Skadeanmeldelse for sygdom m.m.

Policenr.:

Skadenr.:

Erstatningskravet vedrører (sæt kryds)			
Sygeledsagelse/Tilkaldelse	Hjemkaldelse/erstatningsperson	Ødelagt ferie	Rejseliv/sygdomsinvaliditet
Sygdom/tilskadekomst	Tandbehandling	Hjemtransport	
Virksomhedens navn:		Hvad er din stilling i virksomheden?	
Fornavn, efternavn:		Personnr.:	
Privatadresse:		Postnr.:	By:
Email:	Telefon: Mobil:	Privat:	Arbejde:
Kreditkort og forsikringsoplysninger			
Disse oplysninger er en forudsætning for, at vi kan behandle din skade			
Hvilken type kreditkort har du (f.eks. MasterCard, Eurocard, GlobeCard)?			
Er kortet udstedt af en bank?	Danske Bank	Nordea	Anden:
Kortnummer:	Er rejsen købt på kortet?		Ja Nej
Er skaden anmeldt hertil?	Ja Nej	Jeg er ikke indehaver af et kreditkort (sæt X)	
Anden forsikring			
I hvilket selskab har din virksomhed købt arbejdsskadeforsikring?			
Selskab:	Policenr.:	Er skaden anmeldt hertil?	
Ja Nej		Ja	Nej
I hvilket selskab har du købt ulykke/sygeforsikring?			
Selskab:	Policenr.:	Er skaden anmeldt hertil?	
Ja Nej		Ja	Nej
Oplysninger om rejsen			
Afrejседato:	Planlagt hjemkomstdato:	Rejsemål (land):	
Hvad er formålet med rejsen?		Evt. rejsearrangør/flyselskab:	
Hvad er der sket?			
Hvor og hvornår er skaden sket? 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 hjemkaldelse			
Hvad/hvem var årsag til hjemkaldelsen?			
Hvorledes er/var personen beslægtet med dig?			
NB: Dokumentation for hjemkaldelsen i form af journaludskrift, dødtattest e.l. bedes vedlagt sammen med dokumentation for dit krav.			

Specielt ved erstatningsperson			
Hvor mange dage har du været uarbejdsdygtig?			
NB: Lægeerklæring med diagnose og uarbejdsdygtighedens varighed samt dokumentation for erstatningspersonens udgifter til transport skal vedlægges.			
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:			
Blev du hjemtransporteret? Ja Nej Hvis ja, hvornår?			
Af hvem? Dig selv ERGO Forsikring			
Egen læge/tandlæge: Navn:		Telefonnr.:	
Adresse:		Postnr.:	
Specielt ved tandbehandling			
Har du søgt tandlæge i udlandet?			
Ja Nej Hvis nej, hvorfor ikke?			
Er skaden anmeldt til ERGO Alarm? Ja Nej Hvis ja, sagsnummer:			
Er skaden anmeldt til et af ERGO Forsikrings lokale servicekontorer (Euro-Center)? Ja Nej Hvis ja, sagsnummer:			
Erstatningskrav			
Vi beder dig vedlægge dokumentation Udgifter på grund af sygdommen/tilskadekomsten:		Udenlandsk valuta	DKK
			Skal regningerne betales direkte til udlandet? (sæt kryds)
Lægeregninger	Antal konsultationer:		
Medicin ordineret af læge			
Transportudgifter			
Hospitalophold	Antal døgn:		
Merudgifter til hotel	Antal døgn:		
Øvrige merudgifter som følge af sygdommen/tilskadekomsten	Hvilke?		
Udgifter i forbindelse med sygeledsagelse/tilkaldelse	Hvilke?		
Udgifter i forbindelse med hjemkaldelse/erstatningsperson	Hvilke?		
Hvor lang tid var du syg?			
Betalingsmåde			
Tilgodehavende indsættes på bank- eller girokonto tilhørende:		Virksomheden	Dig selv
Bank reg.nr. og kontonr.:			
Bankens navn og adresse:			
Underskrift m.v.			
Jeg erklærer hermed, at de afgivne oplysninger er korrekte. Jeg er bevidst om, at ERGO Forsikrings erstatningspligt kan blive reduceret eller falde helt bort i henhold til dansk ret, hvis jeg afgiver forkerte oplysninger. Jeg giver samtykke til, at ERGO Forsikring må indhente og opbevare mine helbredsoplysninger, samt videregive disse til autoriserede sundhedspersoner, hospitaler, sundhedsmæssige institutioner, offentlige instanser, forsikringselskaber, Ankenævnet for Forsikring, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring mv. Samtykket omfatter kun den i skadeanmeldelsen beskrevne diagnose/skade. Husk, at det til enhver tid er muligt at trække dit samtykke tilbage med virkning for fremtiden ved at kontakte ERGO Forsikring. Læs mere om dine rettigheder på vores hjemmeside www.erv.dk under "Persondatapolitik".			

Du skal dog være opmærksom på, at tilbagetrækning kan have betydning for ERGO Forsikrings evne til at behandle din sag, og at vi er forpligtet af lov og regler omkring opbevaring og arkivering af dine oplysninger, når der først er indgået en gyldig aftale om forsikring.

Sikredes underskrift

Dato

Virksomhedens stempel og underskrift

Dato