

AFBESTLLING



Skadeanmeldelse

(Formularen kan udfyldes elektronisk, men skal underskrives i hånden)

| | | | | | | | |
|--------------|----------------------|----|----------------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cpr-nr. | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | Policenummer | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| Fornavn | <input type="text"/> | | | Efternavn | <input type="text"/> | | |
| Adresse | <input type="text"/> | | | | | | |
| Postnr. | <input type="text"/> | By | <input type="text"/> | | | | |
| Telefon dag | <input type="text"/> | | | | Telefon aften | <input type="text"/> | |
| E-mail | <input type="text"/> | | | | Fax | <input type="text"/> | |
| Arbejdsgiver | <input type="text"/> | | | Kontaktperson | <input type="text"/> | | |

OPLYSNINGER OM REJSEN

| | | | | |
|---|-----------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Rejsens formål | <input type="radio"/> Ferie | <input type="radio"/> Forretningsrejse | <input type="radio"/> Kombineret ferie- og forretningsrejse | <input type="radio"/> Udstationering |
| Rejsemål (by/land) | <input type="text"/> | | | |
| Planlagt afrejsedato | <input type="text"/> | Dato for betaling af depositum | <input type="text"/> | |
| Rejsebureau | <input type="text"/> | | | |
| Dato for bestilling af rejsen hos rejsearrangøren | <input type="text"/> | | | |
| Dato for afbestilling af rejsen hos rejsearrangøren | <input type="text"/> | | | |

AFBESTILLINGEN VEDRØRER

| |
|---|
| <input type="radio"/> Indbrud/brand/oversvømmelse |
| Adresse <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Ændrede vaccinationskrav |
| Hvilke: <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Problemer i egen virksomhed |
| Hvilke: <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Sygdom/tilskadekomst/dødsfald |
| Diagnose/årsag: <input type="text"/> |
| Person, der var årsag til afbestilling |
| Forsikrede (navn) <input type="text"/> |
| Familiemedlem (navn og relation) <input type="text"/> |
| Rejseledsager (navn) <input type="text"/> |

ANDRE REJSELEDSAGERE, SOM HAR AFBESTILT SAMME REJSE

| | | | | | |
|------|----------------------|---------|----------------------|---|----------------------|
| Navn | <input type="text"/> | Cpr-nr. | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| Navn | <input type="text"/> | Cpr-nr. | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| Navn | <input type="text"/> | Cpr-nr. | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| Navn | <input type="text"/> | Cpr-nr. | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |

SPECIFIKATION AF UDGIFFER

Har du fået en del af det indbetalte beløb retur fra rejsearrangøren?

 Ja Nej

Hvis ja, hvor meget? (Dokumentation bedes vedlagt) Beløb

Beløb, der ønskes refunderet

FØLGENDE DOKUMENTATION SKAL VEDLÆGGES

- Original lægeerklæring fra egen læge
- Originalt rejsebevis, der søges refunderet

SKADESREFUSIONER VIA BANKOVERFØRSEL

Skadesrefusioner vil blive overført til din NemKonto:

Nemkonto:

Navn på kontoindehaver

CPR-nr.

 -

Hvis en anden bankkonto ønskes, angiv venligst:

Navn på kontoindehaver

Navn på bank

Bankadresse

Postnummer

By

Land

 Overførsel til dansk konto:

Reg. nr.

Kontonummer:

 Overførsel til udenlandsk konto:

Kontonr./IBAN-nr.

SWIFT-kode

SKAL UNDERSKRIVES AF SKADELIDTE

Undertegnede erklærer på tro og love, at alle oplysninger afgivet i denne Skadeanmeldelse er i overensstemmelse med sandheden, og at intet er fortiet. Jeg samtykker i, at Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England kan rette henvendelse til ethvert forsikringsselskab og/eller transportselskab og dér modtage oplysninger om undertegnede og eventuelt medforsikrede til brug for skadebehandlingen i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Jeg accepterer hermed, at Selskabet registrerer de her afgivne oplysninger. Formålet med registreringen er, at Selskabet kan foretage løbende sagsbehandling såsom præmieopkrævning, refusionsudbetaling o.l. I tilfælde af afslag på refusion kan Selskabet opbevare de afgivne oplysninger. Persondataloven giver mig mulighed for at få aktindsigt i de oplysninger, der er registreret hos Selskabet. Jeg accepterer også, at al korrespondance vedr. forsikringen sendes til den person, der er registreret som forsikringstager.

I, the undersigned, declare that all information given in this Claim Form is in accordance with the truth and that nothing is concealed. I authorize Bupa Denmark, filial of Bupa Insurance Limited, England to obtain information from any doctor, hospital or insurance company concerning myself or any co-insured in order to process the claim in accordance with the Policy Conditions.

Dato/Date**Underskrift/Signature**

AFBESTILLINGSFORSIKRING LÆGEERKLÆRING



Skadeanmeldelse

(Formularen kan udfyldes elektronisk, men skal underskrives i hånden)

Ved afbestilling som følge af sygdom skal patienten og dennes læge hurtigst muligt udfylde lægeerklæringen nedenfor og patienten skal derefter sende erklæringen til Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England.

| | | | | | | | |
|-------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---|----------------------|
| Cpr-nr. | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | Policensummer | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| Fornavn | <input type="text"/> | Efternavn | <input type="text"/> | | | | |
| Adresse | <input type="text"/> | | | | | | |
| Postnr. | <input type="text"/> | By | <input type="text"/> | | | | |
| Telefon dag | <input type="text"/> | Telefon aften | <input type="text"/> | | | | |
| E-mail | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> | | | | |

OPLYSNINGER OM REJSEN

Jeg samtykker i, at Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England kan rette henvendelse til enhver læge, hospital, forsikringselskab eller offentlig myndighed og dér modtage oplysninger om undertegnede og eventuelt medforsikrede til brug for skadebehandlingen i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Dato _____

Underskrift _____

UDFYLDES AF PATIENTENS EGEN LÆGE (ALLE FELTER SKAL UDFYLDES)

| | |
|---|--|
| Hvilken sygdom/tilskadekomst drejer det sig om? (nøjagtig diagnose) | <input type="text"/> |
| Er sygdommen/tilskadekomsten opstået akut? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej |
| Hvornår fik patienten første gang symptomer på denne sygdom/tilskadekomst? | <input type="text"/> |
| Dato for 1. konsultation | <input type="text"/> |
| Har patienten været tilset for samme sygdom/tilskadekomst inden for det seneste år? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej |
| Kræver patientens sygdom/tilskadekomst hospitalsindlæggelse? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej |
| Kræver patientens sygdom/tilskadekomst lægeordineret indendørs ophold? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej |
| Var patienten bekendt med sygdommen/tilskadekomsten ved bestilling af rejsen? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej |
| I tilfælde af kronisk lidelse: Hvornår fik patienten denne lidelse? | <input type="text"/> |
| Er tilstanden akut forværret? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej |
| Hvis ja, hvornår | <input type="text"/> |
| Hvornår besluttede De, at fraråde patienten at foretage den planlagte rejse og med hvilken medicinsk begrundelse? | <input type="text"/> |

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------|----------------------|
| Lægens navn | <input type="text"/> | | |
| Adresse | <input type="text"/> | | |
| Postnr. | <input type="text"/> | By | <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> | SE nr. | <input type="text"/> |
| Er de patientens egen læge? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej | | |
| Lægens bankoplysninger: | | | |
| Reg. nr. | <input type="text"/> | Konto nr. | <input type="text"/> |
| Dato _____ | Underskrift _____ | | |

ØVRIGE LÆGELIGE BEMÆRKNINGER

Separat beskrivelse kan vedlægges.

Honorar for udfærdigelse af lægeerklæring betales af Selskabet

Bupa Global Travel • Palægade 8 • 1261 København K • Danmark • Tel: +45 70 20 70 48 • Fax: +45 33 32 25 60 • E-mail: rejse@ihi-bupa.com • www.ihi-bupa.com

Bupa Global Assistance • Tel: +45 70 23 24 61 • E-mail: emergency@ihi-bupa.com

Bupa Global Travel er brandnavnet for Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England. CVR 31602742. Bupa Insurance Limited, er registreret i England nr. 3956433