

AFBESTILLING



Rejseforsikring

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

FORSIKRINGSTAGER

Policenr.	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	CPR-nr.	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Fornavn(e)	<input type="text"/>						
Efternavn(e)	<input type="text"/>						
Bopælsadresse	<input type="text"/>						
Postnr.	<input type="text"/>	Telefon dag	<input type="text"/>				
By	<input type="text"/>	Telefon aften	<input type="text"/>				
E-mail	<input type="text"/>						

OPLYSNINGER OM REJSEN

Rejsens formål Ferie Erhverv Kombineret ferie- og erhvervsrejse Studieophold

Rejsemål (by/land)

Planlagt afrejsedato

Dato for betaling af depositum

Rejsebureau

Dato for bestilling af rejsen hos rejsearrangøren

AFBESTILLINGEN VEDRØRER

Indbrud/brand/oversvømmelse

Adresse

Postnr./by

Ændrede vaccinationskrav/graviditet. Hvilke?

Problemer i egen virksomhed. Hvilke?

Sygdom/tilskadekomst/dødsfald. Diagnose/årsag:

Person, der var årsag til afbestilling

Forsikrede (navn)

Familemedlem (navn og relation)

Rejseledsager (navn)

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"/>

NULSTIL ALLE FELTER

NÆSTE SIDE

AFBESTILLING



Rejseforsikring

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 Beløb

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

Postnr. By

Land

Overførsel til dansk konto: Reg.nr. Kontonr.

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 enhver læge, hospital, transportselskab, forsikringsselskab eller anden myndighed 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 vedrørende 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 _____

NULSTIL ALLE FELTER

TILBAGE

AFBESTILLINGSFORSIKRING LÆGEERKLÆRING



Rejseforsikring

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.

FORSIKRINGSTAGER

Policenr.	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	CPR-nr.	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Fornavn(e)	<input type="text"/>						
Efternavn(e)	<input type="text"/>						
Bopælsadresse	<input type="text"/>						
Postnr.	<input type="text"/>	Telefon dag	<input type="text"/>				
By	<input type="text"/>	Telefon aften	<input type="text"/>				
E-mail	<input type="text"/>						

SKAL UNDERSKRIVES AF DEN FORSIKREDE

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/Date _____ Underskrift/Signature _____

UDFYLDES AF PATIENTENS EGEN LÆGE (ALLE FELTER SKAL UDFYLDES)

Hvilken sygdom/tilskadekomst drejer det sig om? (nøjagtig diagnose)

Er sygdommen/tilskadekomsten opstået akut? Ja Nej

Hvornår fik patienten første gang symptomer på denne sygdom/tilskadekomst?

Dato for 1. konsultation (dd/mm/åå)

Har patienten været tilset for samme sygdom/tilskadekomst indenfor det seneste år? Ja Nej

Kræver patientens sygdom/tilskadekomst hospitalsindlæggelse? Ja Nej

Kræver patientens sygdom/tilskadekomst lægeordineret indendørs ophold? Ja Nej

Var patienten bekendt med sygdommen/tilskadekomsten ved bestilling af rejsen? Ja Nej

I tilfælde af kronisk lidelse: Hvornår fik patienten denne lidelse?

Er tilstanden akut forværret? Ja Nej Hvis ja, hvornår?

Hvornår besluttede De at fraråde patienten at foretage den planlagte rejse, og med hvilken medicinsk begrundelse?

Lægens navn

Adresse

Postnr./By

Telefon SE-nr.

Er De patientens egen læge? Ja Nej

Lægens bankoplysninger: Reg.nr. Kontonr.

Dato/Date _____ Underskrift/Signature _____

Øvrige lægelige bemærkninger (separat beskrivelse kan vedlægges):

Honorar for udfærdigelse af lægeerklæring betales af Selskabet.

NULSTIL ALLE FELTER

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