

Udfyldes venligst
 med blokbogstaver

Skadeanmeldelse

 Vejledning
 på bagsiden

Sygdom/tilskadekomst under rejser i Europa-området.

Fornavn og efternavn på den syge/tilskadekomne		Personnr. □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □						
Adresse		Hvis der er tegnet rejseforsikring i Europæiske, anfør venligst policenr.: □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						
Postnr. og By		Stilling	E-mail:					
		Telefonnr. arbejde	Telefonnr. privat					
Anfør venligst moderens eller faderens navn, hvis den syge/tilskadekomne er under 16 år								
Oplysninger om rejsen	Afrejседato fra Danmark	Planlagt hjemkomstdato	Rejsemål (Feriested/land)					
	Rejseform: <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Rutefly <input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Bus/Tog <input type="checkbox"/> Andet		Evt. rejsearrangør/-selskab					
	Rejsens formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Kombineret erhverv og ferie <input type="checkbox"/> Andet - anfør arten: _____ <input type="checkbox"/> Studierejse <input type="checkbox"/> Studieophold, med tilmelding til uddannelsesinstitution i udlandet							
Hvad er der sket	Beskrivelse af sygdommens eller tilskadekomstens art:							
	Hvornår opstod sygdommen/tilskadekomsten?	Dato	Sted (by og land)					
Datoer for lægebehandling		Hospitalsophold: fra / / 19 til / / 19						
Blev Europæiske eller Euro-Alarm underrettet fra udlandet?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, evt. sagsnr.: _____						
Kroniske/eksisterende sygdomme	Ved behandling af kronisk/eksisterende sygdom: Har sygdommen inden for de sidste 2 måneder før afrejsen fra Danmark medført hospitalsindlæggelse eller medicinændring: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvornår? _____							
	Egen læge Navn: _____	Adresse: _____	Postnr./By: _____					
Specifikation af udgifter (udfyldes kun hvis De vedlægger regninger)	Vedlæg venligst ORIGINALBILAG		Hvortil skal regningerne betales? (sæt X)		Beløb i udenlandsk valuta		Beløb i DKK	
			Udlandet Dem selv					
	1. Lægebehandling	▶						
	2. Medicin ordineret af læge (vedlæg venligst recept)	▶						
	3. Sygehusophold og -behandling	▶						
	4. Ambulance-transport	▶						
	5. Telefon til Europæiske / Euro-Alarm	▶						
6. Anden lægeordineret udgift:	▶							
		▶						
		▶						
Total								
Supplerende oplysninger								
Betalingsform	Deres tilgodehavende indsætter vi gerne på Deres bank- eller girokonto. De skal blot oplyse bankens registreringsnummer og konto- eller girokontonummer.		Bank reg.nr. og kontonr.:	□ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
			Girokontonr.:	1 1 9 9 - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
Underskrift og samtykke	Jeg giver samtykke til, at Europæiske kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af begivenheden og for fastsættelse af ydelsen. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Europæiske ønsker det. Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre forsikringselskaber/ pensionskasser.						Dato: / 20	
							Underskrift: _____	