

Event/Arrangement afbestilling

Skadeanmeldelse, side 1 af 4

Følgende skal altid vedlægges:

- Originale beviser / billetter.
- Dokumentation for afbestilling af billetten samt angivelse af eventuel refusion.
- Kontoudtog der viser, at billetten er betalt med kreditkort / firmakonto (hvis dette er et krav for forsikringsdækning).

Husk også at vedlægge dokumentation for skaden f.eks.:

- Akut sygdom eller uventet akut forværring af kronisk lidelse.
- Akut sygdom eller tilskadekomst vedlægges lægeerklæring – (Det er en betingelse, at egen læge har udfyldt SOS' lægeerklæring, se side 3.)
- Stjålet ID-kort indtil 48 timer før arrangementet, hvor ID-kortet er eneste gyldige legitimation.
- Kollision/uheld på vej til arrangementet som kræver bjergning af køretøjet, når sikrede benytter privat bil på vej til arrangementet.
- Kopi fra anmeldelsen til politiet.
- Forsinkelse af offentlig transport på minimum 4 timer, som forårsager, at sikrede ikke når frem til arrangementet.
- Skade på sikredes bolig, forretning eller kontor som er indtruffet efter at billetten er betalt, og som nødvendiggør hans/hendes tilstedeværelse.
- Akut skade på, eller tyveri af køretøj op til 48 timer før arrangementet, som umuliggør transport til arrangementet.
- Indkaldelser til militærtjeneste, som ikke kan ændres, eller indkaldelse til retssag som nævning.
- Ved dødsfald vedlægges kopi af dødsattest.
- Ved anden skade vedlægges original dokumentation herfor.

Husk altid at opgøre og specificere dit erstatningskrav.

VIGTIGT!

Hvis du ikke fremsender alle nødvendige oplysninger og bilag, vil det forlænge sagsbehandlingstiden. Dette skyldes, at det vil være nødvendigt at stille dig yderligere spørgsmål samt afvente modtagelsen af bilagene.

Kreditkort oplysninger	<input type="checkbox"/> Privatkort De første 6 cifre i kreditkortnr.: X X X X og de sidste 4:	
	<input type="checkbox"/> Erhvervskort <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> </div>	
Kreditkortet er udstedt af: _____		
Angiv kreditkorttype: _____		
Forsikringstager	Navn: _____	
	CPR-nr.: _____	
	Adresse: _____	
	Postnr.: _____	By: _____
Tlf. arbejde / privat: _____		E-mail: _____
Sygdomsramte / tilskadekomne	Navn: _____	
	CPR-nr.: _____	
	Adresse: _____	
Postnr. og by: _____		
Oplysninger om billetten	Hvornår er billetten bestilt? ____ / ____ år ____	
	Planlagt start dato: ____ / ____ år ____	Slutdato: ____ / ____ år ____
	Er billetten blevet afbestilt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____ / ____ år ____	
Billettens pris	Billettens pris eksklusive afbestillingsforsikring: Kr. _____	
	Er der modtaget refusion fra arrangøren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja –	Kr. _____
	Hvor meget udgør kravet? Kr. _____	
Oplysninger om skaden	Dato for hændelsen, der var årsag til afbestilling: ____ / ____ år ____	
	Årsag til afbestilling / diagnose: _____	

Køb af billet	<input type="checkbox"/> Kreditkort * <input type="checkbox"/> Firmakonto * <input type="checkbox"/> Kontant / betalingsoverførsel <input type="checkbox"/> Visa / dankort		
	* Hvis betalingen er foretaget med kreditkort / firmakonto, skal du bemærke følgende: <ul style="list-style-type: none"> Husk at vedlægge kontoudtog der viser, at billetten er betalt med kreditkortet / firmakontoen. Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype: _____ 		
Bankoplysninger	<i>En evt. erstatning kan <u>IKKE</u> overføres til et kreditkort, men i stedet til din bankkonto.</i>		
	<p>_____</p> <p>Navn på kontoindehaveren</p> <p>_____</p> <p>Bank _____ Reg.nr. _____ Kontonummer _____</p> <p>SWIFT/BIC: _____ IBAN: _____</p>		
Lægeoplysninger	<p>Navn på skadelidtes egen læge:</p> <p>_____</p>		
	<p>Adresse:</p> <p>_____</p>		
	<p>Postnr.: _____</p>	<p>By: _____</p>	
Tilskadekomnes relation til forsikrede	<p>Hvorledes er / var skadelidte / afdøde beslægtet med forsikringstageren?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Forælder/svigerforælder <input type="checkbox"/> Barn/svigerbarn/barnebarn <input type="checkbox"/> Svoger/svigerinde <input type="checkbox"/> Bedsteforælder <input type="checkbox"/> Bror/søster <input type="checkbox"/> Ledsager </p>		
	<p>Angiv alle personer, som har afbestilt samme billet:</p>		
	<p>Navn: _____</p>	<p>CPR-nr.: _____</p>	<p>Relation til forsikringstageren: _____</p>
	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
Andre forsikringer / kreditkort	<p>Har du tegnet anden billetafbestillingsforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - angiv selskab og policenummer:</p> <p>Selskab: _____ Policenummer: _____ Anmeldt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>		
	<p>Har du en billetafbestillingsforsikring, som er tilknyttet et kreditkort (f.eks. Mastercard, Eurocard, Diners etc.)?</p> <p>Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype: _____</p>		
Vigtigt!	<p>Vi gør opmærksom på, at erstatningskravet skal dokumenteres. Der skal vedlægges originale beviser / billetter. Såfremt billetten er betalt med et kreditkort eller en firmakonto, skal der vedlægges dokumentation, der viser denne betaling. Husk at lægeerklæringen skal udfyldes ved sygdom / tilskadekomst.</p>		
Underskrift	<p>Undertegnede erklærer på tro og love, at ovennævnte oplysninger er i overensstemmelse med sandheden. Ligeledes giver undertegnede tilladelse til at videresende disse akter/oplysninger til andre selskaber, der skal foretage udbetaling af erstatning i anledning af skaden.</p> <p>Forsikringstagerens underskrift: _____ Dato: _____</p>		
	<p>OBS!</p> <p>Side 4 (Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger mv.) skal udfyldes af den sygdomsramte/tilskadekomne.</p> <p>Hvis den sygdomsramte/tilskadekomne er under 18 år, skal erklæringen udfyldes af dennes forælder/værge.</p>		
<p align="center">Sendes sammen med lægeerklæringen og samtykkeerklæringen til: SOS International a/s, Nitivej 6, 2000 Frederiksberg, tlf. +45 38 48 91 70</p>			

Lægeerklæring

Billetefbestilling, side 3 af 4

Til egen læge!

SOS International a/s skal vurdere, om der er årsagssammenhæng mellem lidelsen og det, der forårsagede den, samt om forudbestående lidelser kan have sammenhæng med den pådragne lidelse og patientens gener. Det er derfor vigtigt, at vi får kendskab til alle symptomer og tilstande, der kan have betydning.

Udfyldes af patienten	Patientens navn: _____ CPR-nr.: _____
	Startdato (hvis patienten skulle deltage i arrangementet): _____
Udfyldes af patientens egen læge	Hvilken sygdom / tilskadecomst drejer det sig om? Angiv nøjagtig diagnose på dansk og latin: Dansk: _____ Latin: _____
	Hvornår fik patienten denne sygdom / skade? Dato: _____ / _____ år _____
	Tid og sted for første konsultation vedrørende den aktuelle sygdom / skade: Dato: _____ / _____ år _____ Sted: _____
	Hvornår påbegyndte De udredning, der relaterer sig til patientens gener? Dato: _____ / _____ år _____
	Hvornår fik patienten de første symptomer? Dato: _____ / _____ år _____
	<u>Kun relevant, hvis patienten skal deltage i arrangementet:</u> Skønner du, at lidelsen / almentilstanden er en hindring for at deltage i arrangementet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvorfor? _____
	Har patienten tidligere lidt af samme sygdom / symptomer? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____
	<u>Ved kronisk lidelse:</u> Er der indtrådt en akut uventet forværring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____
	Er patienten blevet henvist til speciallæge, hospital eller andet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____
	Hvortil? _____
	Bemærkninger (særlige forhold, der bør inddrages i sagens behandling): _____ _____ _____
	Denne attest er udfærdiget af undertegnede i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse. Lægens underskrift: _____ Dato: _____ Stempel: _____ Lægens CPR-nr./SE-nr.: _____

**Sendes sammen med lægeerklæringen og samtykkeerklæringen til:
SOS International a/s, Nitivvej 6, 2000 Frederiksberg, tlf. +45 38 48 91 70**

Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.

FP602

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra dit forsikringssselskab, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit forsikringssselskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. SOS International a/s behandler sagen på vegne af dit forsikringssselskab. Du har derfor pligt til at give SOS International a/s alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at SOS International a/s har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Din læge kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som SOS International a/s ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang SOS indhenter oplysninger

Hver gang SOS International a/s indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, vi ønsker at hente oplysningerne.

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at SOS International a/s kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringssselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor SOS International a/s har bedømt mit eller forsikringstagerens eventuelle krav på at få forsikringen udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til SOS International a/s.

Navn:

CPR-nr.:

Underskrift

Dato:

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger, sker det ved en aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis forsikringssselskabet anmoder om det.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2008