

# Sygdom/tilskadekomst på rejsen

## Skadeanmeldelse

Ved sygdom / tilskadekomst **skal** følgende medsendes:

- Rejsebevis / flybilletter
- Dokumentation for erstatningskravet, f.eks. medicinske rapporter, lægeerklæring og lægeregninger.
- Anmeldelsesblanket se side 2 og Samtykke se side 5

Ved anmodning om erstatningsrejse / feriekompensation **skal** følgende også medsendes:

- Rejsebevis / flybilletter / transport / udgifter til bolig / øvrige arrangementer.
- Dokumentation fra den behandlende læge i udlandet.

Husk altid at opføre og specificere dit erstatningskrav, f.eks. "Lægebesøg for Mads, USD 70".

<b>VIGTIGT!</b>		<b>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.</b>	
<b>Rejseforsikring via din indboforsikring</b>	Navnet på dit indboforsikringselskab:	Policenummer:	
<b>Kravet vedrører</b>	<input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst	<input type="checkbox"/> Sygeledsagelse	<input type="checkbox"/> Tilkaldelse
	<input type="checkbox"/> Erstatningsrejse / feriekompensation	<input type="checkbox"/> Hjemkaldelse	
<b>Forsikringstager</b>	Navn:	CPR-nr.:	
	Adresse:		
	Postnr. og by		
	Tlf.	<b>E-mail:</b>	
<b>Sygdomsramte / tilskadekomne</b>	Navn:	CPR-nr.:	
	Adresse:		
	Postnr. og by		
<b>Oplysninger om rejsen</b>	Formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og erhverv <input type="checkbox"/> Andet: _____		
	Hvor skete skaden? Land: _____ og by: _____		
	Afrejседato: ____ / ____ år ____ Kl. ____	Planlagt hjemkomst: ____ / ____ år ____ Kl. ____	
	Udfyldes ved anden hjemkomst end planlagt: Faktisk hjemkomst: ____ / ____ år ____ Kl. ____		
<b>Køb af rejsen</b>	<input type="checkbox"/> Kontant / betalingsoverførsel	<input type="checkbox"/> Visa / dankort	<input type="checkbox"/> Kreditkort* <input type="checkbox"/> Firmarejsekonto*
	<b>*Hvis betalingen er foretaget med kreditkort / firmarejsekonto, skal du bemærke følgende:</b>		
	• Husk at vedlægge dokumentation for, at rejsen er købt med kreditkortet / firmarejsekontoen		
	• Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype/Bank: _____		
<b>Oplysninger om skaden</b>	Hvornår opstod skaden/sygdommen? _____ / ____ år ____ Kl. (0-24): _____		
	Dato og klokkeslæt for første lægebesøg: _____ / ____ år ____ Kl. (0-24): _____		
	Dato og klokkeslæt for evt. hospitalsindlæggelse: _____ / ____ år ____ Kl. (0-24): _____		
	I tilfælde af hospitalsindlæggelse eller skriftligt lægeordineret sengeleje / indendørs ophold, angiv da venligst perioden (dokumentation skal vedlægges): fra den ____ / ____ til den ____ / ____		
	Evt. hjemtransport arrangeret af: _____ den ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): _____		
<b>Bankoplysninger</b>	<input type="checkbox"/> Udbetaling til Nem-Konto (OBS husk CPR. Nr.) – <b>Kun</b> ved udbetaling til en anden konto, udfyld nedenfor:		
	_____		
	Navn på kontoindehaveren		
	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bank	Reg.nr.	Kontonummer
Udfyldes kun ved udenlandsk konto: SWIFT/BIC: _____ IBAN: _____			

<b>Andre forsikringer / kreditkort</b>	Har du tegnet anden rejseforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - angiv forsikringsselskab og policenummer: Selskab: _____ Policenummer: _____ Anmeldt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Har du en anden forsikring, som er tilknyttet et kreditkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype/Bank: _____		
	Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype/Bank: _____		
<b>Rejsedeltagere</b>	Hvorledes er skadelidte beslægtet med forsikringstageren? <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"/> Rejseledsager		
	Var forsikringstageren med på rejsen? <input type="checkbox"/> Ja (rejsebevis vedlagt) <input type="checkbox"/> Nej		
	Navn på øvrige rejsedeltagere:	CPR-nr.:	Relation til forsikringstageren:
<b>Lægeoplysninger</b>	Navn på egen læge: _____		
	Adresse: _____		
	Postnr. _____	By _____	
	Har du tidligere haft samme symptomer/sygdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____ / ____ år ____		
<b>Oplysninger om skaden / sygdommen</b>	<b>Beskriv hændelsen i detaljer:</b>		
<b>Erstatningskrav</b>  <i>Husk at vedlægge dokumentation for erstatningskravet</i>	<b>Opgørelse af kravet:</b>	<b>Valuta:</b>	<b>Beløb:</b>
	Vedlæg evt. separat opgørelse.	<b>I alt:</b>	
<b>Vigtigt!</b>	<b>Vi gør opmærksom på, at erstatningskravet skal dokumenteres. Alle regninger og læge-erklæringer skal vedlægges i original.</b>		
<b>Underskrift</b>	Jeg erklærer på tro og love, at ovennævnte oplysninger er korrekte. SOS International skal gøre opmærksom på, at afgivelse af urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre bortfald eller begrænsninger i dit forsikringsselskabs pligt til at yde erstatning.		
	<b>Overdragelse af fordring</b> Såfremt SOS International på vegne af mit forsikringsselskab udbetaler fuld erstatning, overdrager jeg eventuelle fordringer mod nationale/udenlandske offentlige myndigheder, flyselskaber og/eller rejsebureauer, der er relateret til min skade, til SOS International.		
	I hereby declare on oath that all of the above given information is truthful. Please note that the delivery of incorrect or insufficient information may lead to cancellation or limitation in your insurance company's obligation to provide compensation.		
	<b>Transfer of claim</b> In case of full reimbursement from SOS International on behalf of my insurance company, I hereby consent that SOS International subrogates in all rights and claims against third parties and national and foreign authorities, airline companies and/or travel agencies regarding this matter.		
<b>HUSK at samtykkeerklæringen (Når jeg er kommet til skade eller er blevet syg) på side 5 skal underskrives af den tilskadekomne/sygdomsramte.</b> Hvis den tilskadekomne/sygdomsramte er under 16 år, skal erklæringen underskrives af indehaverne af forældremyndigheden/værgen.			
Skadelidtes underskrift: _____ Dato: _____			
<b>Anmeldelsen sendes til: <a href="mailto:Skade@sos.eu">Skade@sos.eu</a> eller SOS International a/s, Nitivej 6, 2000 Frederiksberg, tlf. +45 38 48 86 42</b>			

## INFORMATION OM DIT SAMTYKKE

### **Derfor skal du give samtykke**

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

For at kunne bedømme anmodningen om udbetaling fra forsikringen skal forsikringsselskabet have oplysninger om dit uheld, din sygdom eller anden begivenhed, som begrunder kravet om udbetaling fra forsikringen. Typisk vil der være behov for oplysninger om din sygdom, eventuel behandling osv. Der kan også være behov for oplysninger fra før uheldet/sygdommen med henblik på vurdering af, om den aktuelle tilstand skyldes forhold, som er forsikringen uvedkommende.

Forsikringsselskabet kan i mange tilfælde ikke nøjes med de oplysninger, som fremgår af din anmodning om udbetaling. Oplysninger, som ligger lidt tilbage i tiden, kan være svære at huske. Det gælder især oplysninger af fx medicinsk karakter. Selskabet har derfor behov for, at sådanne oplysninger kan indhentes fra kilder, som kender til forholdene og har dokumentation for oplysningerne i journaler, sagsakter mv.

Der må kun indhentes oplysninger, som er relevante for forsikringsselskabets sagsbehandling.

### **Udbetaling af forsikringen**

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at SOS International 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 ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage ved at kontakte SOS International på nedenstående kontaktoplysninger. Hvis du tilbagekalder dit samtykke vedrører dette alene behandlingen af dine personoplysninger fremadrettet.

### **Du får besked hver gang SOS indhenter oplysninger**

Hver gang SOS International 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.

### **Behandling af personoplysninger**

Dit forsikringsselskab og SOS International behandler dine personoplysninger i overensstemmelse med databeskyttelseslovgivningen, herunder EU's databeskyttelsesforordning.

Du har efter databeskyttelseslovgivningen ret til at få information om og gøre indsigelse mod behandlingen af dine personoplysninger. På anmodning har du ret til at få berigtiget, slettet eller blokeret oplysninger, som er urigtige, vildledende eller behandlet i strid med lovgivningen. Herudover har du ret til dataportabilitet.

Hvis du ønsker at gøre brug af dine rettigheder, kan du henvende dig til SOS International via vores hjemmeside: <https://www.sos.eu/da/selvbetjening/>

Hvis du i øvrigt har spørgsmål om behandling af personoplysninger i forbindelse med din forsikring, beder vi dig tage kontakt til dit forsikringsselskab.

Se samtykkeerklæring på side 2-3.

# SAMTYKKE NÅR JEG ER KOMMET TIL SKADE ELLER ER BLEVET SYG (Baseret på FP 012 og FP 021 samtykke: Rejseforsikring)

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at SOS International i forbindelse med behandlingen af min sag på vegne af mit forsikringselskab må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min sag.

SOS International indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om jeg er berettiget til erstatning. SOS International må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. SOS International præciserer over for dem, som indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger, der er relevante.

## Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

SOS International kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Andre forsikringselskaber, hvor jeg har anmeldt min sag, herunder kreditkortselskaber.
- Flyselskaber og/eller rejsebureauer.
- Andre relevante parter kan angives her:

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til SOS International.

## Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

SOS International kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min sag:

- Læger, som skal undersøge eller behandle mig, eller som har undersøgt og behandlet mig.
- Sygehuse, hvor jeg er blevet tilset eller har været indlagt.
- Den danske region, hvor min behandling er foregået.
- Styrelsen for Patientsikkerhed, Danske Regioner eller tilsvarende nationale eller udenlandske sundhedsmyndigheder ifm. sundhedsydelse modtaget i et andet EU/EØS-land/Schweiz.
- Andre forsikringselskaber, herunder kreditkortselskaber.
- Flyselskaber og/eller rejsebureauer.
- Andre relevante parter kan angives her:

## Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.
- Oplysninger om min sag, herunder oplysninger om min forsikring og min rejse.

## For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på et år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen/bestilling af rejsen og frem til det tidspunkt, hvor SOS International har taget stilling til min sag.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan SOS International med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

## Tilbagetrækning af samtykke

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for SOS International og mit forsikringselskabs mulighed for at behandle min sag.

## Fuldmagt

Jeg giver hermed SOS International fuldmagt til at søge om at få udbetalt refusion af udgifter på mine vegne hos Styrelsen for Patientsikkerhed, Danske Regioner eller tilsvarende nationale eller udenlandske sundhedsmyndigheder, for sundhedsydelse modtaget i et andet EU/EØS-land/Schweiz.

<b>Samtykke</b>	Navn:	CPR-nr.:
	Underskrift	Dato:
	<b>I tilfælde af at skadelidte er et barn skal forældre/værge underskrive nedenfor:</b>	
	<input type="checkbox"/> Sæt kryds ved fælles forældremyndighed	
	Navn:	CPR-nr.:
	Underskrift	Dato:
	Navn:	CPR-nr.:
Underskrift	Dato:	

SOS International a/s • Skadeafdelingen • Nitivej 6 • 2000 Frederiksberg  
 Telefon +45 38 48 86 42 • Fax +45 38 48 89 64 • E-mail skade@sos.eu  
 CVR.nr. 17013718  
 Anmeldelse opdateret, november 2018