

# Dødsfald på rejsen

## Skadeanmeldelse

### Ved sygdom / tilskadekomst skal følgende medsendes:

- Rejsebevis / flybilletter
- Dokumentation for erstatningskravet, f.eks. medicinske rapporter, lægeerklæring og lægeregninger.
- Ved dødsfald vedlægges kopi af dødsattest.
- Anmeldelsesblanket side 2 og Samtykke se side 5

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

- Rejsebevis / flybilletter / transport / udgifter til bolig / øvrige arrangementer.

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>Afdøde</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:<br>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:<br>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:<br>Selskab: _____ Policenummer: _____ Anmeldt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br><br>Har du en anden forsikring, som er tilknyttet et kreditkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype/Bank: _____<br><br>Angiv kreditkort: _____ Angiv kreditkorttype/Bank: _____  |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|---|---|----------------------------------|--|--------------------------------|----------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|---------------|--|
| <b>Rejsedeltagere</b>   | Hvorledes var afdøde beslægtet med forsikringstageren?<br><input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Forælder/svigerforælder <input type="checkbox"/> Barn/svigerbarn/barnebarn<br><input type="checkbox"/> Svoger/svigerinde <input type="checkbox"/> Bedsteforælder <input type="checkbox"/> Bror/søster <input type="checkbox"/> Rejseledsager<br><br>Var forsikringstageren med på rejsen? <input type="checkbox"/> Ja (rejsebevis vedlagt) <input type="checkbox"/> Nej<br><table border="1" data-bbox="331 548 1492 790"> <thead> <tr> <th data-bbox="331 548 746 582">Navn på øvrige rejsedeltagere:</th> <th data-bbox="746 548 997 582">CPR-nr.:</th> <th data-bbox="997 548 1492 582">Relation til forsikringstageren:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>  |                                  |  | Navn på øvrige rejsedeltagere: | CPR-nr.: | Relation til forsikringstageren: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
| Navn på øvrige rejsedeltagere:  | CPR-nr.:  | Relation til forsikringstageren: |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|   |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|   |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|   |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|   |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
| <b>Lægeoplysninger</b>  | Navn på egen læge: _____<br>Adresse: _____<br>Postnr. _____ By _____<br>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><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
| <b>Erstatningskrav</b><br><i>Husk at vedlægge dokumentation for erstatningskravet</i>   | <table border="1" data-bbox="331 1238 1492 1462"> <thead> <tr> <th data-bbox="331 1238 1037 1272">Opgørelse af kravet:</th> <th data-bbox="1037 1238 1204 1272">Valuta:</th> <th data-bbox="1204 1238 1492 1272">Beløb:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td data-bbox="331 1429 1037 1462"><i>Vedlæg evt. separat opgørelse.</i></td> <td data-bbox="1037 1429 1204 1462"><b>I alt:</b></td> <td data-bbox="1204 1429 1492 1462"> </td> </tr> </tbody> </table>  |                                  |  | Opgørelse af kravet:           | Valuta:  | Beløb:                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <i>Vedlæg evt. separat opgørelse.</i> | <b>I alt:</b> |  |
| Opgørelse af kravet:  | Valuta:   | Beløb:                           |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|   |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|   |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
|   |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
| <i>Vedlæg evt. separat opgørelse.</i>   | <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.<br><br><b>Overdragelse af fordring</b><br>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.<br><br>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.<br><br><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.<br><br><b>HUSK at samtykkeerklæringen (Afdød) på side 5 skal underskrives af den/de nærmeste pårørende.</b> Hvis den afdøde er et barn, skal erklæringen underskrives af indehaverne af forældremyndigheden/værge.<br><br>Skadelidtes underskrift: _____ Dato: _____ |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |
| 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 |   |                                  |  |                                |          |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                       |               |  |

# INFORMATION OM SAMTYKKE

## Derfor skal du give samtykke

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

For at kunne bedømme anmodningen om udbetaling fra forsikringen skal forsikringselskabet have oplysninger om skadesbegivenheden, som begrunder kravet om udbetaling fra forsikringen. Typisk vil der være behov for oplysninger om afdødes sygdom, uheld, eventuel behandling osv. Der kan også være behov for oplysninger fra før sygdommen/uheld med henblik på vurdering af, om den aktuelle situation skyldes forhold, som er forsikringen uvedkommende.

Forsikringselskabet kan i mange tilfælde ikke nøjes med de oplysninger, som fremgår af anmodningen om udbetaling. 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 forsikringselskabets 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 sagen og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

## Egen læge kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Afdødes læge kan med samtykke videregive oplysninger om afdødes helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger.

## 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 samtykket vedrører dette alene behandlingen af afdødes personoplysninger fremadrettet.

## Du får besked hver gang SOS International 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

Forsikringselskabet 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/afdødes 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 forsikringen, beder vi dig tage kontakt til dit forsikringselskab.

Se samtykkeerklæring på side 4-5.

# Samtykke - Afdød

## (Baseret på FP 013 og FP 022 Samtykke: Afdød - Skadesforsikring)

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at SOS International i forbindelse med min ansøgning om udbetaling efter afdøde må indhente, anvende og videregive de oplysninger om afdøde, som er relevante for selskabets behandling af ansøgningen.

SOS International må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af afdøde (fx CPR-nr.) og relevante oplysninger om afdødes forsikringssag og helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. SOS International præciserer over for dem, der 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:

- Afdødes læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (<https://aes.dk/>).
- Afdødes bopælskommune.
- Andre forsikringsselskaber, hvor jeg har anmeldt min sag, herunder kreditkortselskaber.
- Flyselskaber og/eller rejsebureauer.
- Politiet.
- Statsforvaltningen.
- Statens Serum Institut og Sundhedsdatastyrelsen, herunder oplysninger fra dødsårsagsregistret.
- Bobestyreradvokaten.
- 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 ansøgning om udbetaling:

- Læger, som har undersøgt eller behandlet afdøde.
- Sygehuse, hvor afdøde er blevet tilset eller har været indlagt.
- Den danske region, hvor afdødes 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 forsikringsselskaber, 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.
- Dødsattest, ligsyns- og obduktionsrapporter.
- Politirapporter.
- 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 1 år forud for skadestidspunktet/bestilling af rejsen og frem til det tidspunkt, hvor SOS International har taget stilling til min ansøgning om udbetaling.

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 forsikringsselskabs mulighed for at behandle min sag.

|                 |   |                        |
|-----------------|---|------------------------|
| <b>Samtykke</b> | Afdødes navn:   | Afdødes CPR-nr.:       |
|                 | Underskrivers navn  | Underskrivers CPR-nr.: |
|                 | Underskrivers relation til afdøde:  |                        |
|                 | Underskrift:  | Dato:                  |
|                 | <b>I tilfælde af at afdøde er et barn skal forældre/værge underskrive nedenfor:</b> |                        |
|                 | <input type="checkbox"/> Sæt kryds ved fælles forældremyndighed                     |                        |
|                 | Navn (Forældre):  | CPR-nr.:               |
|                 | Underskrift   | Dato:                  |
|                 | Navn (Forældre):  | CPR-nr.:               |
| Underskrift     | Dato:   |                        |

SOS International a/s • Skadeafdelingen • Nitvej 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