

Skadesanmeldelse



Afbestillingsforsikring

Når du ønsker at gøre brug af din afbestillingsforsikring, er det vigtigt, at du afbestiller rejsen **skriftligt** eller **personligt** i et af vores bureauer **inden afrejse**. Ved afbestilling senere end afrejsetidspunktet dækker forsikringen ikke. Dernæst skal du indsende al relevant dokumentation for afbestillingen sammen med denne skadesanmeldelse:

Sygdom/ulykke: Udfyldt lægeerklæring, der skal udstedes af den behandlende læge senest på afrejsedagen (betales af forsikrede og refunderes ikke).

Dødsfald: Kopi af dødsattest.

Skilsmisse: Kopi af separations-/skilsmissebevilling, evt. udskrift fra Folkeregistret.

Se de fulde betingelser for afbestilling af rejse i de udleverede/accepterede "Forsikringsbetingelser - Afbestillingsforsikring" fra FDM travel.

FDM travel booking / policenummer:

Bestiller

For-/efternavn
Adresse Postnr./by
Telefon

Hvem vedrører afbestillingen

Alle rejsedeltagere inkl. bestiller: Ja Nej (angiv rejsedeltagere nedenfor)

For-/efternavn
For-/efternavn
For-/efternavn
For-/efternavn

Årsag til afbestillingen

- Akut sygdom / tilskadekomst**
Diagnose/beskrivelse af sygdom:
- Død** - Ved akut sygdom/tilskadekomst eller død, angiv relation:
 Bestiller
 Rejsedeltager - angiv navn:
 Familien medlem - angiv navn og relation:
- Skilsmisse / ophør af samliv**
- Andet**

Dato for hændelse, der førte til afbestilling
Dato for afbestilling
Dato for afrejse

Udbetaling

Da alle udbetalinger fra FDM travel foregår elektronisk, bedes du anføre dine bankoplysninger.

Reg.nr. Kontonr.
Dato Underskrift

Skadesanmeldelsen indsendes til: FDM travel, Firskovvej 32, 2800 Kgs. Lyngby, mrk. Forsikring

Telefon: 45 27 07 07 • E-mail: forsikring@fdm-travel.dk

Lægeerklæring

Afbestillingsforsikring



Ved afbestilling som følge af sygdom skal patienten og dennes læge hurtigst muligt udfylde lægeerklæringen nedenfor og indsende den sammen med skadesanmeldelsen til FDM travel. Lægeerklæringen betales af forsikrede.

Udfyldes af patienten

For-/efternavn
Adresse Postnr./by
Telefon

I forbindelse med den anmeldte skade giver jeg hermed samtykke til, at FDM travel kan indhente og videresende oplysninger om mine helbredsforhold hos autoriserede sundhedspersoner, hospitaler, sundhedsmæssige institutioner, offentlige instanser, forsikringselskaber, Ankenævnet for forsikring m.m. Samtykket gælder kun den i skadesanmeldelsen beskrevne diagnose/skade.

Jeg erklærer samtidig på tro og love, at mine oplysninger er i overensstemmelse med sandheden og at jeg intet fortier. Jeg er indforstået med, at opgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at jeg selv kommer til at afholde skadesomkostninger og forsikringen opsiges.

Dato Underskrift

Samtykke- og tro og love-erklæringen skal underskrives og returneres sammen med skadesanmeldelsen.

Udfyldes af patientens læge

Patientens navn
Diagnose/beskrivelse af sygdommen

Er patientens sygdom opstået akut?

Ja Nej Hvis nej, se under kroniske lidelser. Akut sygdom. Ved dækningsberettiget akut sygdom forstås en nyopstået sygdom eller en begrundet mistanke om en alvorlig sygdom.

Hvornår fik patienten symptomerne på denne sygdom

Dato for 1. konsultation

Var sygdommen erkendt, da rejsen blev bestilt: Ja Nej

Kroniske lidelser

Hvornår fik patienten denne sygdom:

Er der sket en forværring: Ja Nej Hvis ja, hvornår

Hvornår besluttede du, at påbegyndelse af rejsen pga. helbredstilstanden måtte frarådes?

Eventuelle lægelige bemærkninger

Er du patientens læge:

Ja Nej Hvis nej, hvem er da patientens læge?

Lægens navn, adresse, postnr., by og SE-nummer

Dato Underskrift

Lægeerklæringen indsendes sammen med skadesanmeldelsen til: FDM travel, Firskovvej 32, 2800 Kgs. Lyngby, mrk. Forsikring

Telefon: 45 27 07 07 • E-mail: forsikring@fdm-travel.dk