

Skadeanmeldelse – Verdensrejsedækning og RejsePlus

040

Forsikringstager

Navn _____
 Adresse _____
 Postnr. _____ By _____
 E-mail _____

Skadenr. (udfyldes af Codan)
Policenr.
Tlf. arb/privat
Cpr.nr.

Vigtigt!	Hvis du ikke fremsender alle nødvendige oplysninger og bilag, vil det forlænge sagsbehandlingstiden. Dette skyldes, at det vil være nødvendigt at stille yderligere spørgsmål samt afvente modtagelsen af bilagene.
Kravet vedrører	<input type="checkbox"/> Tillkaldelse <input type="checkbox"/> Erstatningsrejse/-døgn <input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst <input type="checkbox"/> Rejseafbrydelse <input type="checkbox"/> Hjemtransport <input type="checkbox"/> Sygeledsagelse <input type="checkbox"/> Aktiv ferie <input type="checkbox"/> Selvrisikodækning bil <input type="checkbox"/> Overfald <input type="checkbox"/> Evakuering/krisehjælp <input type="checkbox"/> Akut tandbehandling <input type="checkbox"/> Ferieboligsikring <input type="checkbox"/> Bagagedækning <input type="checkbox"/> Forsinket fremmøde <input type="checkbox"/> Transportforsinkelse <input type="checkbox"/> Andet
Skadelidte	Navn _____ Cpr.nr. _____ Adresse _____ Postnr. _____ By _____
Oplysning om rejsen	Formål <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og Erhverv <input type="checkbox"/> Andet _____ I hvilket land skete skaden? _____ Afrejsedato / år Planlagt hjemkomst / år
Køb af rejsen	<input type="checkbox"/> Kreditkort* <input type="checkbox"/> Firmarejsekonto* <input type="checkbox"/> Kontant/betalingsoverførelse <input type="checkbox"/> Visa/Dankort *Hvis betalingen er foretaget med kreditkort/firmarejsekonto, skal du bemærke følgende: Husk at vedlægge dokumentation for, at rejsen er betalt med kreditkort/firmarejsekontoen Angiv kreditkorttype (f.eks. Mastercard, Eurocard, American Express, Diners) _____ kortnummer _____
Oplysning om skaden	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/ro og hvile i og omkring ferieboligen, angiv da perioden (dokumentation vedlægges) fra den ____ / ____ til den ____ / ____ Evt. hjemtransport arrangeret af _____ den ____ / _____ år ____ Kl. (0-24): ____
Andre forsikringer/kreditkort	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 (f.eks. Mastercard, Eurocard, Diners)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Angiv kreditkorttype: _____ Angiv kortnummer: _____
Rejse-deltagere	Hvorledes er/var skadelidte beslægtet med forsikringstageren? <input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Svoger/svigerinde <input type="checkbox"/> Bedsteforælder <input type="checkbox"/> Bror/søster <input type="checkbox"/> Barn/svigerbarn/barnebarn <input type="checkbox"/> Forælder/svigerforælder <input type="checkbox"/> Rejseledsager
Politi-anmeldelse	Er skaden anmeldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Er der taget blodprøve? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

