

Skadeanmeldelse - afbestilling af rejse

Du bedes venligst udfylde samtlige felter i skadeanmeldelsen og vedlægge lægeerklæring samt kopi af faktura på rejsen – først når vi har modtaget alle oplysninger, kan sagsbehandlingen påbegyndes.

Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver.

1. Personlige oplysninger

Policenr.:	Billetnr.:	Fakturanr.:
Navn på virksomhed (hvis erhvervsforsikning):		
Navn:		
Adresse:	Postnr.:	By:
Land:	Cpr – nummer:	Telefonnummer/mobilnummer:
E-mail:		

2. Bankoplysninger

(Hvis bankkonto ikke oplyses, fremsender vi en check fratrukket et administrationsgebyr på 100 kr.)

Skal erstatningen overføres til:	
Privat bank konto <input type="checkbox"/>	
Firma bank konto <input type="checkbox"/>	
Reg. nr.:	Kontonummer:
Ved overførsel til udenlandsk bank:	
Swift code/Bic code:	Iban nr./Account no.:
Fuldstændigt navn på kontoejer:	

3. Anden forsikring

(Skal udfyldes i henhold til forsikringsaftaleloven § 44 om dobbeltforsikringsforholdet)

Eget indboforsikringselskab:		Policenummer:	
Er skaden anmeldt til dit eget forsikringselskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja, angiv dato.	
Hvilke kreditkort har du? (gælder ikke Visa/Dankort)	Mastercard <input type="checkbox"/>	Eurocard <input type="checkbox"/>	Diners <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/>
Er det et privat eller et firmakort?			

3. Anden forsikring - fortsat

Hvem har udstedt kortet?	
Korttype f.eks. Platinum/Gold/Silver mv.:	Kortnummer:
Er rejsen betalt med kreditkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, fremsend venligst betalingsoversigt
Er skaden anmeldt til kreditkortselskabet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

4. Oplysninger om årsagen til afbestillingen

Hvem er skadelidte (udfyldes kun hvis skadelidte er en anden end forsikringstager):
Hvad er din relation til skadelidte:
Sygdom/tilskadekomst – diagnose:
Dødsfald/årsag:
Andet:
Dato for hændelsen, som er årsag til afbestillingen:

5. Lægeoplysninger

Navn & adresse på din praktiserende læge/tandlæge:
--

6. Oplysninger om rejsen

Rejsens formål: (sæt kryds)	Ferie <input type="checkbox"/>	Erhverv <input type="checkbox"/>	Ferie & erhverv <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>
Hvor er rejsen købt/Rejsebureau:				
Hvornår er rejsen købt:	Planlagt afrejsedato:	Planlagt hjemkomstdato:		
Dato for afbestilling hos rejsearrangøren:				

7. Specifikation af udgifter

Hvor meget har du betalt for rejsen:		Oplys beløb, der er/vil blive refunderet af rejsebureau:			
Betalingsform: (sæt kryds)	Kontant <input type="checkbox"/>	Visa/Dankort <input type="checkbox"/>	Kreditkort <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>	
NB! Hvis rejsen er betalt med kreditkort, skal der fremsendes dokumentation herfor (kopi af kvittering, betalingsoversigt eller lignende)					

8. Øvrige forsikringstagere som har afbestilt samme rejse (og har afbestillingsforsikring hos Nykredit Forsikring)

Navn:	Cpr. nr.:
Navn:	Cpr. nr.:
Navn:	Cpr. nr.:
Navn:	Cpr. nr.:
Navn:	Cpr. nr.:

9. Underskrift

<p>Jeg giver hermed samtykke til, at</p> <ul style="list-style-type: none">Nykredit Forsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Nykredit Forsikring finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetalingde, som Nykredit Forsikring indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Nykredit Forsikring har anmodet om. <p>Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?</p> <ul style="list-style-type: none">Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersonerOffentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkedets Erhvervs sikringForsikringsselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og PatientforsikringenMin arbejdsgiver (kun udveksling af visse oplysninger) <p>Hvilke oplysninger kan udveksles?</p> <ul style="list-style-type: none">Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet,Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forholdTil min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikring sagFra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold <p>Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Nykredit Forsikring har taget stilling til mit krav. Tidsbegrænsning, underretning mv. Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.</p> <p>Jeg får besked hver gang NykreditForsikring indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.</p>	
Dato:	Underskrift:
Er forsikrede ikke i stand til at underskrive selv, skal der underskrives af den person, der varetager forsikredes interesser.	
Dato:	Underskrift:
Hvis sygdommen vedrører en anden end forsikrede, skal denne tillige underskrive her. Jeg accepterer ved min underskrift, at selskabet modtager lægelige oplysninger om min person:	
Underskrift:	Dato: