

Skademelding Reiseforsikring - Avbestillingsforsikring

Forsikring og reisedager – må alltid fylles ut

Legg ved original: Forsikringsbekreftelse eller reisedokumenter

Reisearrangør	Forsikrings- / bookingsnummer	<input type="checkbox"/> Reiseforsikring Pluss <input type="checkbox"/> Reiseforsikring Total <input type="checkbox"/> Avbestillingsforsikring
Avreisedato	Hjemreisedato	Reisemål

Generelle opplysninger – må alltid fylles ut

Etternavn		Fornavn	Personnummer
Adresse (gate, postboks)		E-postadresse	
Postnummer	Postadresse	Telefon dagtid	
Skaden er meldt til	<input type="checkbox"/> Transportselskap <input type="checkbox"/> Politi <input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Skaden er ikke anmeldt		
Har du fått kontant erstatning på reisemålet?	Beløp og valuta	<input type="checkbox"/> Nei	
Har du betalt behandlingskostnader?	Beløp og valuta	<input type="checkbox"/> Nei	
Har du meldt skaden til annet forsikringsselskap?	Forsikringsselskap	Forsikrings -/skadenummer	<input type="checkbox"/> Nei
Har du annen gyldig reiseforsikring?	Forsikringsselskap	Forsikringsnummer	<input type="checkbox"/> Nei
Forsikringserstatning utbetales til	Postgiro/personkonto	Bankens navn/BIC	IBAN-nr
Betalingsmottaker, hvis annen person enn den forsikrede	Etternavn	Fornavn	Telefon dagtid

OBS! Fyll ut skadehendelse/sykdom i riktig felt. Det er viktig at du gir en utførlig beskrivelse av det som skjedde under Skadehendelse samt angir hva du ønsker å få erstattet, under erstatning.

Avbestillingsforsikring

Legg ved original: Legeerklæring samt evrig dokumentation som er relevant for avbooking

Årsak / skadebeskrivelse			
Har De brukt kort ved betaling?	Hvis ja, Bankens navn	Angi hele kortnumret	
Har du hatt samme sykdom/skade tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når?		
Er billettene ombookningsbare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Avbookningsdato	Erstatningskrav/ avbookningskostnad	
Har du fått erstatning fra reisebyrå eller annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor mye og fra hvem?		

Bagasje- og transportforsinkelse og reisestartbeskyttelse

Legg ved original: Bekreftelse fra transportselskapet på forsinkelsen. Hvis du kommer for sent til avreisen, må du ha relevant bekreftelse

Hvor oppstod bagasjeforsinkelsen?	Dato / klokkeslett	Bagasjen ble levert (dato og klokkeslett)	
Hvor oppstod transportforsinkelsen?	Hva var årsaken til forsinkelsen?	Ordinær avgangstid	Faktisk avgangstid
Hvorfor rakk du ikke avreisen?			

Eiendom (tap av eller skade på medbrakt eiendom)

Legg ved original: Politianmeldelse eller bekreftelse fra transportselskap

Når og hvor inntraff skaden?	Dato	Klokkeslett	Sted
Hvor befant du deg da skaden ble oppdaget?	Dato	Klokkeslett	Sted
Hvor ble eiendommen oppbevart?			
Var eiendommen innlåst?	Angi hvor og hvordan eiendommen var innlåst (f.eks hotellrom, safe, reiseveske)		<input type="checkbox"/> Nei
Hvor ble nøkkelen oppbevart?			

Eiendom

Legg ved original: Kvittering, garantibevis, fotografier og andre dokumenter som kan bekrefte verdi og eiendom

Eiendom / gjenstand	Fabrikat / modell / navn	Krevd erstatning	Innkjøpsår	Innkjøpspris	Dagens innkjøpspris, gjenstand av lik verdi

Sykdom / Ulykkestilfelle

Legg ved original: Legeerklæring samt kvittering på kostnadene dine

Hvilken sykdom / ulykkeskade har rammet deg?	Sykdom / ulykkeskade			
Når og hvor ble lege / tannlege kontaktet?	Dato	Helseinstitusjon		<input type="checkbox"/> Jeg kontaktet ikke lege
Når var du innlagt på sykehus?	Innskrevet dato	Utskrevet dato	Helseinstitusjon	<input type="checkbox"/> Jeg var ikke innlagt
Går du fortsatt til behandling?	Helseinstitusjon			<input type="checkbox"/> Nei
Er det fare for framtidige mén?	Fryktede framtidige mén			<input type="checkbox"/> Nei
Har du hatt samme sykdom / skade tidligere?	Dato / helseinstitusjon			<input type="checkbox"/> Nei
Var du sykemeldt da reisen ble påbegynt?	Fra dato	T.o.m. dato	Årsak til sykemelding	<input type="checkbox"/> Nei

Behandlingskostnader

Kvittering nummer	Behandlingsdato	Diagnose / symptom	Beløp og valuta

Ødelagte reisedager /erstatningsreise

Legg ved original: Legeerklæring, kvittering på kostnader samt dokumenter som bekrefter prisen på reisen

Hvilke dager mener du ble ødelagt?	Fra dato	Tom dato	Antall dager
Hvorfor ble reisdagene ødelagt?	<input type="checkbox"/> Sykdom / ulykksskade <input type="checkbox"/> Hjemreise på grunn av nødsituasjon <input type="checkbox"/> Annet (angi hvorfor)		
Hva kostet din reise?	Beløp og valuta		
Merkostnad for Hjemreise på grunn av nødsituasjon	Beløp og valuta	Hvem betalte hjemreisen?	

Overfall

Legg ved original: Politirapport, legeerklæring samt kvittering på kostnadene dine

Når og hvor inntraff overfallet?	Dato	Klokkeslett	Sted	
Finnes det vitner til skadehendelsen?	Etternavn / Fornavn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nei
Hvem er gjerningsmannen?	<input type="checkbox"/> Medreisende <input type="checkbox"/> Slektning <input type="checkbox"/> Annen	Etternavn / Fornavn:		<input type="checkbox"/> Ukjent
Oppstod det personskade?	Beskriv skaden (det er mer plass under Skadehendelse)			<input type="checkbox"/> Nei
Oppsøkte du lege / sykehus?	Navn på lege / sykehus			<input type="checkbox"/> Nei

Ansvarsdekning

Legg ved original: Politirapport, legeerklæring samt kvittering på kostnadene dine

Når og hvor inntraff skaden?	Dato	Klokkeslett	Sted	
Hvilken type skade har du forårsaket?	<input type="checkbox"/> Personskade <input type="checkbox"/> Eiendomsskade	Beskriv skaden (det er mer plass under Skadehendelse)		
Finnes det vitner til skadehendelsen?	Etternavn / Fornavn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nei
Mener du at en annen person har forårsaket skadehendelsen?	Etternavn / Fornavn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nei
Mener du at den skadelidte medvirket til skadehendelsen?	På hvilken måte? (det er mer plass under Skadehendelse)			<input type="checkbox"/> Nei
Er det reist krav om skadeerstatning mot deg?	<input type="checkbox"/> Ja (angi beløp og valuta) <input type="checkbox"/> Nei		Anser du att beløpet är rimelig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Er det utbetalt et erstaningsbeløp?	<input type="checkbox"/> Ja, av meg <input type="checkbox"/> Ja, av den skadelidte <input type="checkbox"/> Ja, av annen (angi navn)		Beløp og valuta	
Hvilken relasjon har den skadelidte til deg?	<input type="checkbox"/> Medreisende <input type="checkbox"/> Slektning <input type="checkbox"/> Annen (angi hvilken)			
Hvem er den skadelidte?	Etternavn		Fornavn	Telefon dagtid
Person- / organisasjonsnr	Gate/ postboks		Postnum mer	Postadresse / land

