

Skadeanmeldelse – Afbestillingsforsikring

Du bedes fremsende den udfyldte skadeanmeldelse direkte til Apollo. Vedlæg: Lægeerklæring, originale ubenyttede flybilletter eller anden original dokumentation for tab, f.eks. i form af faktura fra Apollo. Ved dødsfald vedlægges kopi af dødsattest.

Apollo booking nr.: _____

1. Personlige oplysninger

| | | |
|----------|----------|----------------|
| Navn: | | CPR-nr.: |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| E-mail: | | Telefonnummer: |

2. Øvrige rejsedeltagere, hvis rejse blev afbestilt

| | |
|-------|----------|
| Navn: | CPR-nr.: |
| Navn: | CPR-nr.: |
| Navn: | CPR-nr.: |

3. Hvem vedrører afbestillingen?

| | |
|--|---|
| Forsikringstager? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | En rejseledsager? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Navn (hvis rejseledsager): | |
| En ikke-medrejsende pårørende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvorledes beslægtet med forsikringstager? |
| Navn: | CPR-nr.: |

4. Hændelsen

| | |
|--|--------------------------------------|
| Hvilken hændelse førte til afbestilling af rejsen? | |
| Hvornår indtraf hændelsen, der førte til afbestillingen? Dato: | Hvornår blev rejsen afbestilt? Dato: |
| Hvis afbestillingen ikke fulgte straks, angiv da grunden hertil: | |
| Hvad udgør dit tab i forbindelse med afbestillingen? Angiv i kr. | |
| Er der foretaget refusion fra andre end Apollo? Angiv i kr. | |

5. Bankoplysninger

Såfremt nødvendig dokumentation foreligger og afbestillingen vurderes dækningsberettiget, oplys da følgende til udbetaling af erstatning.

| | |
|-------|--------------------------------|
| Bank: | Registrerings- og kontonummer: |
|-------|--------------------------------|

6. Underskrift

Jeg accepterer ved min underskrift, at Gouda Rejseforsikring kan indhente relevante lægelige oplysninger om min person.

| | |
|-------|--------------|
| Dato: | Underskrift: |
|-------|--------------|

Hvis sygdommen vedrører en anden end forsikrede, skal denne også underskrive:

Jeg accepterer ved min underskrift, at Gouda Rejseforsikring kan indhente relevante lægelige oplysninger om min person.

| | |
|-------|--------------|
| Dato: | Underskrift: |
|-------|--------------|

Fremsend denne skadeanmeldelse samt udfyldt lægeerklæring til: Apollo, Lersø Parkallé 112, 2300 København Ø.

Lægeerklæring

Til lægen

Som følge af din patients sygdomstilfælde/uheld gøres der krav gældende overfor Apollo i henhold til den tegnede forsikring. Med henblik på en afgørelse af erstatningen bedes du venligst besvare spørgsmålene.

Apollo booking nr.: _____

1. Patientens personlige oplysninger

| | | |
|----------|-----------|-----|
| Navn: | Cpr-nr.: | |
| Adresse: | Post nr.: | By: |

2. Patientens helbredsoplysninger

| | | |
|---|-------|---|
| Hvilken sygdom drejede det sig om? | | |
| Hvornår fik patienten denne sygdom? Dato: | | Er det lægens overbevisning at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kunne påbegynde rejsen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Tid og sted for første konsultation: | Dato: | Sted: |
| Har patienten tidligere lidt af samme sygdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | Hvis ja, hvornår? |
| I tilfælde af kronisk lidelse: Er der indtrådt en akut uventet forværring, som medførte at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kunne påbegynde rejsen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | Hvornår indtrådte denne forværring? Dato: |
| Bemærkninger: (særlige forhold der bør inddrages i sagens behandling). | | |

3. Underskrift (udfyldes af lægen)

| | |
|---|---------------------|
| Denne attest er udfærdiget i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten samt min undersøgelse af patienten. Jeg er indforstået med, at denne attest kan blive udleveret til patienten af Gouda Rejseforsikring. | |
| Dato: | Lægens underskrift: |
| Lægens CVR- nr./SE-nr.: | Lægens stempel: |

Denne attest, som er tiltrådt af Den almindelige danske Lægeforening, betales af patienten iht. gældende overenskomst. Attesten indsendes direkte til: Apollo, Lersø Parkallé 112, 2300 København Ø.