

SKADEMELDING
REISEFORSIKRING SYKDOM / ULYKKE

Skadenummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Skademeldingen må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjøret, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. Forsikringsavtaleloven §8-1.

FORSIKRINGSTAKER

Avtalenummer		Fødselsnummer (11 siffer)		Bankkontonummer for eventuell erstatning	
Etternavn, Fornavn			Telefon privat	Telefon arbeid	
Gateadresse			Mobiltelefon		
Postnummer	Poststed	E-postadresse			

SKADELIDTE Fylles ut hvis dette er en annen enn forsikringstaker

Etternavn, Fornavn			Fødselsnummer (11 siffer)	
Gateadresse	Postnummer	Poststed	Telefon privat	Telefon arbeid
E-postadresse			Mobiltelefon	

REISEN

Reismål	Hvor og når ble reisen kjøpt?	Formål med reisen
Når startet reisen?	Når ble reisen avsluttet?	<input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/> Forretningsreise

SYKDOM / ULYKKE PÅ REISEN

Hvor oppsto ulykkesskaden / sykdommen?		Når oppsto ulykkesskaden / sykdommen?	
Hva slags ulykkesskade / sykdom?			
Har du vært behandlet av lege? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, navn på legen		Hvilken lege bruker du/skadelidte vanligvis i Norge?
Har du vært innlagt på sykehus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket sykehus?		
Har du/skadelidte vært behandlet for denne sykdommen tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, dato	Av hvilken lege?	

TAPT FERIE / AVBRUDD

Reisen startet (dato)	Hva er betalt for transport, kost och losji før avreisen fra Norge? (Legg ved original kvittering)
Sykehusopphold (fra dato til dato)	Hjemtransport (dato)
Hvis du var på reise med egen bil, oppgi antall kilometer fra hjemstedet i Norge til det stedt hvor reisen ble avbrutt	

HJEMTRANSPORT OG ERSTATNINGSREISE

Totale kostnader ved hjemtransport		Kr.
- Kostnader for hjemreise hvis ulykkesskade/sykdom ikke hadde skjedd		Kr.
= Ekstraavgifter i forbindelse med hjemtransport		Kr.
Opprinnelig totalpris på reisen	Den opprinnelig reisen startet (dato)	Den opprinnelig reisen ble avsluttet (dato)
Har du brukt erstatningsreisen (jfr. forsikringsvilkårene)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Erstatningsreisen startet (dato)	Erstatningsreisen ble avsluttet (dato)

Skjema fortsetter på neste side

SKADEMELDING
REISEFORSIKRING SYKDOM / ULYKKE

UTGIFTER M.M. VED REISESYKE

Innlagt på sykehus (dato fra - til)	Kostander i fremmed valuta	Valutakurs	Kostnader i NOK
Antal konsultasjoner			
Antal sykehusbesøk			
Laboratorieøve(r)			
Røntgenundersøkelse(r)			
Fysikalisk behandling			
Medisinutgifter			
Reiseutgifter			
Annet			
Innhenting av reiserute			

Egne utgifter i forbindelse med ulykksskaden/sykdommen (hvis du trenger mer plass, kan du legge ved ekstra ark)	Ditt erstatningskrav
Samlet erstatningskrav	

FORSIKRINGSFORHOLD/TIDLIGERE SKADER/DOBBELTFORSIKRING

Har du hatt noen skader de siste to årene? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, antall skader	Skadetype	Forsikringsselskap	Årstall
Har du eller andre i husstandforsikringer andre steder som dekker tapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvem har annen forsikring (navn og fødselsnr)			
Oppgi navn på forsikringsselskapet, type forsikring og avtalenummer			Er forsikringsselskapet varslet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Har du fremmet krav om erstatning fra andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, fra hvem og med hvilket resultat?			
Var reisen betalt med kredittkort? Hvis ja, vennligst oppgi kortnummer og kredittkortselskap <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Kredittkortnummer:	Kredittkortselskap:		

UNDERSKRIFT OG DATO

Dato/sted	Forsikringstakers underskrift
-----------	-------------------------------

Skjemaet sendes til: Codan Forsikring - pb 434, Skøyen - 0213 OSLO
Epost: reise@codanforsikring.no