

Varsling Kravskjema



Varslings referanse:

(Kun intern bruk)

Person informasjon:

Navn:

Type av krav:

Dato:

Adresse:

Telefon:

E-postadresse:

Viktig informasjon

1. Vennligst utfyll det vedlagde kravskjemat
2. Vennligst vedlegg ytterligere informasjon på baksiden av dette skjema
3. Vennligst list støttene informasjon som vil bli vedlagt dette kravskjema:
(viser til bevisdokumentet som oppgis når du kjøpte forsikringen din.)

a)

b)

c)

d)

e)

f)

Varsling Kravskjema



4. Vennligst sent ferdig utfylt kravskjema til sammen med vedlegg til:

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

Forsikrings informasjon:

Forsikrings nummer:

Kjøpt fra:

Type av forsikring:

Dato dekket:

ytterligere dekking:

Medisinsk tilstand:

Forandringer:

Søkernes informasjon:

Full navn:	Fødsels dato:	Job Tittel:	Nasjonalitet:	Fødsels ort:

Varsling Kravskjema



Reise informasjon:

Booking dato:

Avreise Dato:

Retur Dato:

Land:

Grunn for reisen:

Søker for:

Beløp:

€

Kravskjema for avbestilling



Årsak for avbestillingen – vennligst kryss **BARE EN**

Død Sykdom Skade Ikke medisinsk

Hvis avbestillingen ble forarsaket av en person som ikke skal reise of some ikke er forsikret på din forsikring, vennligst beskriv relasjonen du har til denne person.

Hvis årsaken for avbestillingen er medisinsk relater, da MÅ den vedlagte legeattesten utfylles av legen til den person som er grunn for avbestillingen av reisen.

- Dato og tidspunkt det ble klart for deg at du måtte avbestille reisen ___ / ___ / ___
Tid: _____
- Dato og tidspunkt du informerte din reisekurer at du var tvungen at avbestille reisen: ___ / ___ / ___
Tid: _____
- Ferien detaljer, pris of avbestillingsutgifter
 - Pakketur
 - bestilt uavhengig
 - Billet pris: € _____
 - Boende pris: € _____
 - Forbestilte utflyter: € _____
 - Andre utgifter (Parking, Airport Hotels, Transfers): € _____
 - Trukket refusjoner mottatt eller rådet: € _____
 - Totalt beløp krevd: € _____

Kravskjema for avbestilling



Vennligst bekreft hvordan du betalte for ferien din for eksempel med knotanter, krefit kort eller kontokort. Hvis betalt med kredit kort, vennligst gi kopien av bankutdrag pa betalingen.

4. Navn of fødselsdato på alle som vil avbestille reisen:

Title	Full navn	Födelsdato	Job Title

5. Vennligst gi årsak til avbestillingen nedenfor:

Vennligst fyll i en av de følgende, hvis grunn for avbestillingen:

Redundans: Dato informer tom redundans: Redundans begynner (dato):

___/___/___
___/___/___

Kravskjema for avbestilling



Ar du begynte på jobben: _____

Vennligst bekreft hvis din arbeidsgiver har tatt skat på lønnen din:

Ja Nej

Du må sende ORIGINAL brevet fra arbeidsgiver som bekrefter redundans

Trafikkulykke: Dato for trafikkulykken Sted: _____

___ / ___ / ___

Politi ulykke/
Rapportnummer: _____

Merke av
kjoretoyet (BMW): _____

Modella v kjoretoyet: _____

Navn og adresse på
tredjepart
forsikringselskap: _____

Du må vedlegge ORIGINAL politi rapport på hendelsen

Skadat på jobben (el. Likende): Dato for hendelsen: _____

___ / ___ / ___

Selskapets navn: _____

Selskapets adresse: _____

Navn og adresse på
selskapets
forsikringselskap: _____

Kravskjema for avbestilling



Du må sende ORIGINAL brevet eller rapporten fra din arbeidsgiver som bekrefter detaljer om hendelsen

Har du noen form for bankkonto/ kredittkort som gir deg gratis reiseforsikring som dekker forholdene rundt kravet ditt?

Ja Nej

Hvis **JA**, vennligst bekreft følgende:

Kortnummer:

Utstedelse Bank:

Korttype (Gull, Platina, Standard):

Har du sendt et krav til en tredjepart?

Ja Nej

Hvis **JA**, oppgi detaljer:

Er det noen andre relevante forsikringer som kan dekke de forhold omkringliggende kravet ditt? En annen forsikring, Visa, Mastercard

Ja Nej

Hvis **JA**, oppgi detaljer:

1. En kort versjon av omstendighetene rundt ulykken

2. Hvis en tredjepart var involvert, vennligst oppgi navn og adressen of deres forsikringsdetaljer hvis kjent

Kravskjema for avbestilling



3. Hvis du krever erstatning mot en tredje part, vennligst oppgi navn of adresse på enhver advokat som kan ha vært nevnt of referansenummer

4. Hvis en tredjepart ikke var involvert, vennligst avklar hvem eller hva som var feil og hvorfor

Dersom kravet ditt er godkjent, vennligst oppgi bankdetaljer:

Bekreft utbetalingsmottaker:

Bankens Navn:

Bank-adresse:

Bank SWIFT kod:

Bank IBAN:

Kontonummer:

Sortere kode:

Konto innehavare:

Kontotype (Gull, Platina etc):

Kravskjema for avbestilling



ERKLAERING

VIKTIGT –Ingen signatur vil resultere i at kravet ditt blir returnert.

Jag/Vi intygar at ovenstaende opplysninger er sane og korrekte til det beste av mine /var kunnskap. Jeg/Vi har ikke holdt tilbake noe informasjon i mine/vare kunnskaper knyttet til dette kravet. Jeg/Vi er enige om a gi selskapet all informasjon som med rimelighet kan kreves. Jeg/Vi forstar at selskapet ikke innrommer erstatningsplikt ved ulstedelse av dette skjemaet. **ADVARSEL – a lage en falsk eller bevisst overdrevet pastand er straffbart. Vi undersoker alle sakene of enhver person mistenkt for svindel vil bli rapportert til politiet som vil alltid samarbeider med.**

DATABESKYTTELSE (DATA PROTECTION ACT)

Försäkringsbranschen driver en rekke anti-svindel tiltak. Informasjonen gitt pa dette skjemaet kan lagres elektronisk og kan deles med andre organisasjoner for dette formalet. Jeg/VI forstar at du kan be om informasjon fra andre organisasjoner for a sjekke svarene jag/vi har gitt.

VIKTIGT

Hvis en tredjepart er ansvarlig, kommer alle rettigheter i denne saken at ga til reiseforsikringselskapet eller deres agenter for oppgjor av dette kravet.

Signatur:

Datum: ___ / ___ / ___

Legeattest



Fylles i av legen Vennligst bruk BLOKKBOKSTAVER

Skal oppnås på din bekostning fra pasientens lege i alle fall av avkorting eller avbokningskostnader som følge av skade, sykdom eller død.

Viktig: Den medisinske ansvarige person oppmanns respektfullt at gi så mye informasjon som mulig for at assistere vår klient og unngå behovet at sene etter mer informasjon

1. Navn på pasienten:

Fødselsdato:

___ / ___ / ___

2. Er du pasientens vanlige lege?

Ja Nei

Hvis **JA**, Hvor lenge?

Hvis **NEI**, vennligst oppgi fullstendige opplysninger om pasientens vanlige lege:

3a. Vennligst, oppgi en presis diagnose av sykdommen eller skaden eller dødsårsak:

b. Når kom pasienten først til deg med symptomene på denne tilstanden?

___ / ___ / ___

4. Dato for utbruddet av sykdom / skade:

___ / ___ / ___

5. Dato tester ble foreskrevet:

___ / ___ / ___

6. Dato tester ble gjennomført:

___ / ___ / ___

7. Dato tilstanden diagnostisert:

___ / ___ / ___

8. Dato referert til spesialist:

___ / ___ / ___

Legeattest



9. Navn og adresse på spesialisten / kirurgen:

Postnummer: _____

10. Har pasienten mottaket en terminal prognose?

Ja Nei

Hvis **JA**, vennligst oppgi dato og diagnose:

___/___/___

11. Har du tidligere behandlet og gitt råd til denne pasienten angående den samme / liknede / relaterte sykdom eller skade som beskrevet i spørsmål 3a?

Ja Nei

Hvis **JA**

a. Oppgi diagnose på den tidligere sykdom / skade

b. Oppgi dato på oppkomsten av den tidligere sykdommen / skaden og oppgi behandling / medisiner som ble foreskrevet

c. Har pasienten mottaket råd / behandling eller medisiner for tilstanden eller likene / relaterte tilstander?

Ja Nei

Hvis **JA**, vennligst oppgi detaljer:

Legeattest



d. Vennligst list alle aktive tilstander, dato nær diagnostisert og detaljer på medisiner, om noen

12. Har noen annen lege behandlet pasienten for samme / likende / relaterte sykdom eller skade beskrevet i spørsmål 3a? Ja Nei

Hvis **JA**, vennligst oppgi navn og adresse på legen:

Postnummer

13. Har pasienten vart inntaket for behandling for noen tilstand de seneste 24 måneder? Ja Nei

Hvis **JA**, vennligst oppgi detaljer om behandling og nær denne ble gitt:

___/___/___

14. Bara gravide

a. Dato for LMP: ___/___/___

b. Dato for bekreftet graviditet: ___/___/___

c. Cirka dato for nedkomst: ___/___/___

d. Eksakt tilstand under graviditeten:

15. Ble pasienten tvungen at avboka sine reiseplaner bare på grunn av tilstanden beskrevet i spørsmål 3a? Ja Nei

16. Når var pasienten rekommandert at avboka sine reiseplaner? ___/___/___

Legeattest



17. Hvis datoene i svar 7 og 16 er forskjellige, vennligst gi forklaring:

18. Hadde pasienten tenkt reise imot ditt tidligere råd?

Ja Nei

Hvis **JA**, vennligst oppgi detaljer:

Legeattest



Jeg sertifiserer at påstandene er sanne og korrekte

Legens signatur:

Dato:

__/__/__

Legens navn:

Kvalifikasjon:

Adresse:

Postnummer:

Firma telefonnummer:

Faksnummer:

Mobilnummer:

E-post adresse:

Lege stempel: