

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 medisinske utgifter og avkorting av reisen



Vennligst kryss av

Sykdom

Skade

1. Dato og tid sykdommen / skaden skjedde: _____ / _____ / _____ :
2. Land hvor skaden eller sykdommen skjedde: _____
3. Full beskrivelse / diagnose av sykdommen eller skaden:

4. Tidligere medisinsk historie

Har du hatt denne tilstand som har resultert i innlevering av dette krav, eller andre relaterte tilstand før du kjøpte forsikringen eller bestilte ferien eller før du reiste?



Vennligst få legen til å fyller ut den vedlagte legeattesten

5. Sykehus / klinikk detaljer da behandling ble gitt:

Navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: (hvis kjent) _____

Legens navn: (hvis kjent) _____

Kravskjema for medisinske utgifter og avkorting av reisen



6. Hvis du var innlagt fyll ut følgende

Dato for inntak:

___ / ___ / ___

Dato for utskrivning:

___ / ___ / ___

Kontaktet du medisinsk hjelp slik det stor på forsikringsdokumentet:

Ja Nei

Hvis du svarte **NEI**, vennligst gi en skriftlig forklaring på hvorfor du ikke kontaktet legehjelpen som var anbefalt:

Hvis JA, vennligst bekreft datoen for den første samtalen:

___ / ___ / ___

Person du snakket med og referansenummer:

Tok du din EHIC (europeisk helse forsikrings kort)?:

Ja Nei

Ble det vist til legen / sykehuset?:

Ja Nei

Ha du privat sykeforsikring?

Ja Nei

Hvis JA, vennligst bekreft forsikringsselskapet, forsikringsnummer og adresse til selskapet:

Kravskjema for medisinske utgifter og avkorting av reisen



Vennligst list de medisinske utgifter du gjør krav på:

Vennligst oppgi krevde utgifter og mottatt behandling	Valuta og beløp betalt	Kvittering vedlagt	Til hvem betalingen skal gjøres
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	

Avkorting – Fyll KUN ut dette avsnittet hvis du reise hjem tidligere enn planlagt:

Årsak til avkorting:

Sykdom Skade Sykdom/skade/død i familien Annet

Årsak til avkorting:

Hvis avkorting skyldes sykdom / skade eller død av noen som ikke står på forsikringen din, vennligst oppgi dit forhold til dem:

Dato da du kom tilbake:

___/___/___

Kravskjema for medisinske utgifter og avkorting av reisen



Antall ubrukte dager:

Hade du reiseselskap?

Ja Nei

Hvis **JA**, med hvem:

Var flyselskapet / togselskapet / ferge etc kontaktet for å re-arrangere datoer:

Ja Nei

Vennligst fyll ut tabellen nedenfor og list eventuelle merutgifter som tilkommet for at komme hjem:

Vennligst oppgi krevde utgifter og mottatt behandling	Valuta og beløp betalt	Kvittering vedlagt	Til hvem betalingen skal gjøres
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	

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

Ja Nei

Hvis **JA**, vennligst bekreft følgende:

Kortnummer:

Utstedelse Bank:

Korttype (Gull, Platina, Standard):

Kravskjema for medisinske utgifter og avkorting av reisen



Har du sendt et krav til en tredjepart?

Ja Nei

Hvis JA, oppgi detaljer:

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

Ja Nei

Hvis JA, oppgi detaljer:

Hvis kravet er i forhold til en skade må du bekrefte følgende:

1. En kort versjon av omstendighetene rundt ulykken

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

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

Kravskjema for medisinske utgifter og avkorting av reisen



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 medisinske utgifter og avkorting av reisen



ERKLÆRING

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

Jeg/Vi erklærer at ovenstående opplysninger er sanne og korrekte til det beste av mine /vår kunnskap. Jeg/Vi har ikke holdt tilbake noe informasjon i mine/våre kunnskaper knyttet til dette kravet. Jeg/Vi er enige om å gi selskapet all informasjon som med rimelighet kan kreves. Jeg/Vi forstår at selskapet ikke innrømmer erstatningsplikt ved utstedelse av dette skjemaet. **ADVARSEL – å lage en falsk eller bevisst overdrevet påstand er straffbart. Vi undersøker alle sakene og enhver person mistenkt for svindel vil bli rapportert til politiet som vi alltid samarbeider med**

DATABESKYTTELSE (DATA PROTECTION ACT)

Forsikringsbransjen driver en rekke anti-svindel tiltak. Informasjonen gitt på dette skjemaet kan lagres elektronisk og kan deles med andre organisasjoner for dette formålet. Jeg/Vi forstår at du kan be om informasjon fra andre organisasjoner for å sjekke svarene jeg/vi har gitt.

VIKTIG

Hvis en tredjepart er ansvarlig, kommer alle rettigheter i denne saken at gå til reiseforsikrings-selskapet eller deres agenter for oppgjør 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 myke 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 first 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: