

Formulär för avbokning



Referens för fordransanmälan:

(För intern användning)

Personuppgifter:

Namn:

Fordran för:

Datum:

Gatuadress:

Telefon:

E-post adress:

Viktig information

1. Vänligen utfyll den bifogade fordransanmälan
2. Vänligen bifoga övriga anteckningar/kommentarer på baksidan av denna anmälan
3. Vänligen lista stödjande dokumentation som bifogas med denna fordransanmälan:
(hänvisar till bevisningsdokumentet när du köpte din försäkring.)

a)

b)

c)

d)

e)

Formulär för avbokning



f)

4. Skicka den fullständigt utfyllda fordransanmälan tillsammans med eventuella bifogade dokument till:

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

Försäkringsinformation:

Försäkrings nummer:

Köpt från:

Typ av försäkringsavtal:

Försäkrings datum:

Ytterligare försäkring:

Medicinskt tillstånd:

Eventuella tillägg:

Formulär för avbokning



Sökandes uppgifter:

Namn:	Födelsedatum:	Jobbtitel/Yrke:	Nationalitet:	Födelseort:

Reseinformation:

Bokningsdatum:

Avresedatum:

Returdatum:

Land:

Anledning till resan:

Söker för:

Belopp:

€

Formulär för avbokning



Skäl för avbokningen – vänligen kryssa en ENDAST

Dödsfall

Sjukdom

Skada

Ej medicinskt

Om avbokningen har orsakats av en person som inte ska resa och inte är försäkrat på din försäkring, vänligen bekräfta vilken relation du har till denna person:

Om orsaken är medicinskt relaterat, då **MÅSTE** det bifogade läkarintyget ifyllas av allmänläkaren till den person med tillståndet, som låg till grund för avbokningen av resan.

1. Datum och tid du blev medveten om behovet av att avboka din resa: _____ / _____ / _____
Tid: _____

2. Datum och tid du informerade din researrangör om behovet av att avboka din resa: _____ / _____ / _____
Tid: _____

3. Information om rese- och avbokningskostnader

Packet resa € _____

Bokad oberoende Biljett pris: € _____

Boende kostnader: € _____

Förbokade utflykter: € _____

Andra utgifter (t.ex. / Parkring,
Flygplats Hotel, Överföring): € _____

Mottagit eller inestående dragen återbetalning: € _____

Totalt yrkad: € _____

Formulär för avbokning



Vänligen bekräfta hur du betalat för din semester t.ex.)kontant, kredit kort eller betalkort. Om du har betalt din semester med kredit kort, vänligen förse oss med en kopia av ditt kontoutdrag som visar betalningen av semestern.

4. Namn och födelsedatum på alla som avbokar sin semester:

Titel	Fullständiga namn	Födelsedatum	Yrke

5. Vänligen ange orsaken till avbokningen nedan:

Vänligen ifyll en av följande om lämplig som anledning till avbokningen:

Redundans: Datum för beskedet om redundans: ___/___/___
Datum redundans börjar: ___/___/___

Formulär för avbokning



Är du började i företaget:

Ja Nej

Vänligen bekräfta om din arbetsgivare har dragit skat på din lön:

Vänligen skicka originalbrevet från din arbetsgivare som bekräftar att du blev redundant

Trafikolycka: Datum för trafikolyckan Plats:

___ / ___ / ___

Polis tilbud/rapport-
nummer:

Bilfabrikat:

Bilmodell:

Namn och adress på tredje
parts försäkringsbolag:

Vänligen skicka polisrapporten som beskriver händelsen (original)

Skadat på jobbet (eller liknande): Datum händelsen informerades:

___ / ___ / ___

Företagets namn:

Företagets adress:

Namn och adress på
företagets
försäkringsbolag:

Formulär för avbokning



Vänligen skicka brevet eller rapporten (original) från din arbetsgivare, bekräftande detaljerna av händelsen

Innehar du någon form av bankkonto/kredit som erbjuder dig gratis reseförsäkring som täcker omständigheterna kring din anmälan?

Ja Nej

Om **JA**, vänligen bekräfta följande:

Kortnummer:

Utfärdande Bank:

Typ av kort (Visa, Mastercard, etc.):

Har en skadeanmälan till en tredje part lämnats in

Ja Nej

Om **JA**, var god ange detaljer nedan:

Finns det någon annan relevant försäkring som kan täcka omständigheterna kring ditt påstående såsom Barclays, Amex, Visa, Mastercard etc?

Ja Nej

Om **JA**, var god ange detaljer nedan:

1. Om anmälan är i relation till uppkommen skada, vänligen besvara nedanstående:
2. Ge en detaljerad beskrivning av de omständigheter som gav upphov till olyckan

3. Om en tredje part har varit inblandad, var god ange dennes namn, adress och eventuell försäkring

Formulär för avbokning



4. I händelse av att du vill fullfölja en skadeanmälan mot en tredje part, var god uppge namnet på den eventuella advokat/juridiska ombud som eventuellt har utsetts, med namn och referensnummer

5. Om ingen tredje part var inblandad, vänligen klargör vems fel och varför olyckan uppstod

6. Om din anmälan blir godkänd, var god ange bank detaljer nedan för inbetalning:

Bekräfta betalningsmottagarens namn:

Bankens Namn:

Bank adress:

Bank SWIFT kod:

Bank IBAN:

Kontonummer:

Clearingnummer:

Kontoinnehavare:

Typ av konto (Current, Gold, Platinum etc):

Formulär för avbokning



FÖRKLARING

VIKTIGT – Om du ej signerar din skadeanmälan kommer denna att returneras

Jag/Vi intygar härmed att ovanstående påståenden är sanningsenliga och att uppgifterna är korrekta. Jag/Vi har inte undanhållit någon information i samband med denna anmälan. Jag/Vi samtycker till att förse försäkringsgivaren med ytterligare information om så krävs. Jag/Vi förstår att försäkringsgivaren inte har något som helst ansvar på grund av utfärdandet av denna anmälan. **VARNING – Utfärdandet av ett bedrägligt eller medvetet överdriven anmälan är ett brott. Vi utreder alla inkomna anmälningar, och om någon misstänks för eventuellt brott eller bedrägeri, kommer detta att polisanmälas. Vi har ett tätt samarbete med polisen.**

DATASKYDD (DATA PROTECTION ACT)

Försäkringsbranschen bedriver idag ett antal initiativ för att minska eventuella försäkringsbedrägerier. Den information som lämnas på denna blankett får lagras elektroniskt, och kan komma att delas av andra organisationer för detta ändamål. Jag/Vi förstår att ni kan komma att begära upplysningar från andra organisationer för att kontrollera de svar jag/vi har lämnat.

VIKTIGT

I händelse av att en tredje part är ansvarig, kommer alla rättigheter i denna anmälan att övertas av reseförsäkringsbolaget eller deras agenter för uppgörelse av denna skadeanmälan.

Signatur: _____

Datum: ___ / ___ / ___

Läkarintyg



Ifylls av läkare

Var god texta

Skall erhållas på din bekostnad från patientens läkare i alla fall av reduceringar eller avbokningskostnader till följd av skada, sjukdom eller dödsfall.

Viktigt: Den medicinskt ansvariga person uppmanas respektfullt att ge så mycket information som möjligt för att hjälpa våra kunder och undvika behovet av ytterligare förfrågan av information.

1. Namn på patienten:

Född:

___ / ___ / ___

2. Är du patientens läkare?

Ja Nej

Om **JA**, hur länge

Om **NEJ**, ange fullständiga uppgifter om patientens vanliga läkare:

3a. Var vänlig ge en exakt diagnos av sjukdomen, skadan eller dödsorsaken:

b. När kom patienten först till dig med symtomen på detta tillstånd?

___ / ___ / ___

4. Datum för uppkomsten av sjukdomen/skadan:

___ / ___ / ___

5. Datum för ordinerings av provtagningen:

___ / ___ / ___

6. Datum för provtagningen:

___ / ___ / ___

7. Datum diagnosen ställdes:

___ / ___ / ___

8. Datum hänvisad till specialist:

___ / ___ / ___

9. Namn och adress på specialisten/kirurgen:

Post nummer:

10. Har patienten fått en terminal prognos?

Ja Nej

Om JA, lämna datum och prognos:

___ / ___ / ___

11. Har du tidigare behandlat eller rekommenderat patienten med avseende på samma/liknande sjukdom eller skada som beskrivs i fråga 3a?

Ja Nej

Om JA,

a. Ange diagnos av tidigare sjukdom/skada

b. Upplys dagen då uppkomsten av den tidigare sjukdomen/skadan och informera vilken behandling/medicinering var ordinerad

c. Får patienten någon medicinsk rådgivning, behandling eller mediciner för tillståndet eller för ett liknande/ relaterade tillstånd?

Ja Nej

Om JA, beskriv:

d. Ange alla aktiva medicinska tillstånd, datum för diagnos och uppgifter om mediciner, om sådana finns:

Läkarintyg



12. Har någon annan läkare behandlat denna patient för samma/liknande/relaterande sjukdom eller skada som beskrivs i fråga 3a?

Ja Nej

Om **JA**, ange läkarens namn och adress:

Post nummer _____

13. Har patienten varit inlagd för något tillstånd dem senaste 24 månaderna?

Ja Nej

Om **JA**, lämna närmare uppgifter om behandling och när:

___ / ___ / ___

14. Endast gravida

a. Datum LMP:

___ / ___ / ___

b. Datum för bekräftat graviditet:

___ / ___ / ___

c. Ungefärligt datum för nedkomsten:

___ / ___ / ___

d. Exakt medicinskt tillstånd inom graviditeten:

15. Var den sökande rekommenderat att avboka sin resa enbart på grund av tillståndet nämnd i fråga 3a?

Ja Nej

16. När rekommenderades patienten att avboka sin resa?

___ / ___ / ___

17. Om datumen i svar 7 och 16 är olika, ge förklaring:

Läkarintyg



18. Hade patienten planerat att resa mot dina tidigare råd?

Om **JA**, beskriv:

Jag intygar att påståendena är sanna och korrekta

Läkarens signatur:

Datum:

___ / ___ / ___

Läkarens namn:

Kvalifikation:

Post adress:

Postnummer:

Företagets telefonnummer:

Faxnummer:

Mobilnummer:

E-post adress:

Läkare Stämpel: