

Formulär för sjukvårdskostnader och rese avbrott



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 sjukvårdskostnader och rese avbrott



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 sjukvårdskostnader och rese avbrott



Sökandes uppgifter:

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

Reseinformation:

Bokningsdatum:

Avresedatum:

Returdatum:

Land:

Anledning till resan:

Söker för:

Belopp:

€

Formulär för sjukvårdskostnader och rese avbrott



Kryssa i rutan

Sjukdom

Skada

1. Datum och tid då sjukdomen/skadan inträffade: _____ / _____ / _____ : _____

2. Land där sjukdomen/skadan inträffade: _____

3. Detaljerad beskrivning/diagnos av sjukdomen/skadan:

4. Medicinsk bakgrund

Har du lidit av tillståndet som ligger till grund för denna anmälan, eller ett annat relaterat tillstånd innan du köpte försäkringen eller bokade din semester eller innan resan?

Ja Nej

Vänligen be allmänläkaren fylla i det bifogade läkarintyget

5. Detaljer om sjukhuset/vårdcentralen där behandlingen gavs:

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: (om möjligt) _____

Formulär för sjukvårdskostnader och rese avbrott



Namn på den behandlande läkaren: (om möjligt)

6. Om du har varit inlagd på sjukhus för behandling, var god fyll i följande:

Datum för intagning: ___ / ___ / ___

Datum för utskrivning: ___ / ___ / ___

Kontaktade du den assistanshjälp som stod angiven i ditt försäkringsbrev: Ja Nej

Om ditt svar är **NEJ**, lämna en skriftlig förklaring till varför du ej kontaktade ditt assistansbolag:

Om JA, bekräfta datum då du ringde första samtalet: ___ / ___ / ___

Uppge namnet på den person du pratade med och referensnummer:

Hade du med dig ditt Europeiska sjukförsäkringskort: Ja Nej

Uppvisades detta till läkaren/sjukhuset: Ja Nej

Har du en privat sjukvårdsförsäkring? Ja Nej

Om JA, var god bekräfta försäkringsbolag, försäkringsnummer och adress för försäkringsgivaren:

Formulär för sjukvårdskostnader och rese avbrott



Var god ange eventuella sjukvårdskostnader:

Ange vilka kostnader du söker ersättning för och vilken behandling du har fått	Valuta och betalt belopp	Kvitto bifogat	Vem skall utbetalningen utfärdas till
		Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	

Reseavbrott – Fyll i detta avsnitt **ENDAST** om du har återvänt tidigare än planerat till din hemadress:

Skäl till reseavbrottet:

Sjukdom Skada Sjukdom/skada eller dödsfall av familjemedlem Annat

Orsak till reseavbrottet:

Formulär för sjukvårdskostnader och rese avbrott



Har du någon form av bankkonto/kreditkort som erbjuder dig gratis reseförsäkring och som täcker dina påståenden kring din anmälan?

Ja Nej

Om **JA**, var god bekräfta följande:

Kortnummer:

Utfärdande Bank:

Typ av kort (Visa, Mastercard, Bankkort 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 Barclaycard, Amex, Visa, Mastercard etc.

Ja Nej

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

Om påståendet är i relation till uppkommen skada bekräfta följande:

1. Ge en detaljerad beskrivning av de omständigheter som gav upphov till olyckan

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

Formulär för sjukvårdskostnader och rese avbrott



3. 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

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

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 sjukvårdskostnader och rese avbrott



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:

Läkarintyg



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:

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

Ja Nej

Läkarintyg



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: