

Undgå hæfteklammer – brug clips! Vi scanner bilagene

## Forsikringstager

Navn	
Adresse	
Postnr.	By
E-mail	

## Skadenr.

(udfyldes af Codan)

Policenr.

Tlf.

CPR-nr.

## Underskrift

### Erklæring vedrørende oplysninger

Jeg erklærer, at de besvarelser og oplysninger, som jeg angiver, er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder.

Undertegnede giver samtidig tilladelse til at indhente lægelige akter/oplysninger, der måtte være nødvendige til vurdering af skaden samt spørgsmål i forbindelse hermed. Ligeledes giver undertegnede tilladelse til at videresende disse akter/oplysninger til andre selskaber, hvor skaden ligeledes er anmeldt. Er skaden anmeldt til Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring eller politiet, giver undertegnede tilladelse til at indhente evt. oplysninger herfra.

### Samtykke til at behandle personoplysninger

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Codan Forsikring A/S i forbindelse med behandlingen af min sag må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets behandling af min sag.

Codan Forsikring A/S indhenter oplysning for at kunne vurdere, om min rejseafbestilling er omfattet af min forsikring. Codan Forsikring A/S må i den forbindelse videregive de nødvendige oplysninger til identifikation af mig, fx mit CPR-nr., og nødvendige oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. Codan Forsikring A/S præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

### Hvem kan der indhentes oplysninger fra

Codan Forsikring A/S kan med dette samtykke i et år indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Andre forsikringsselskaber, hvor jeg har anmeldt min sag, herunder kreditkortselskaber.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år videregive de relevante oplysninger til Codan Forsikring A/S. Jeg får besked hver gang Codan Forsikring A/S indhenter oplysninger.

### Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Codan Forsikring A/S kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min sag:

- Andre forsikringsselskaber, hvor jeg har anmeldt min sag, herunder kreditkortselskaber.

### Hvilke oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.

### For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på fem år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Codan Forsikring A/S har taget stilling til min sag.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Codan Forsikring A/S med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

### Tilbagetrækning af samtykke

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Codan Forsikring A/S' behandling af min sag og kan indebære, at jeg selv skal fremskaffe alle de yderligere oplysninger, som er nødvendige for Codan Forsikring A/S' behandling af min sag.

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

<b>Vigtigt!</b>	Hvis du ikke fremsender alle nødvendige oplysninger og bilag, vil det forlænge sagsbehandlingstiden. Dette skyldes, at det vil være nødvendigt at stille yderligere spørgsmål samt afvente modtagelsen af bilagene. Bemærk: Udgifter til lægeerklæring og anden dokumentation står for forsikringstagers egen regning.			
<b>Kravet vedrører</b>	<input type="checkbox"/> Tilkaldelse <input type="checkbox"/> Hjemtransport <input type="checkbox"/> Overfald <input type="checkbox"/> Bagagedækning	<input type="checkbox"/> Erstatningsrejse/-døgn <input type="checkbox"/> Sygeledsagelse <input type="checkbox"/> Afbestilling <input type="checkbox"/> Forsinket fremmøde	<input type="checkbox"/> Sygdom/tilskadekomst <input type="checkbox"/> Aktiv ferie <input type="checkbox"/> Akut tandbehandling <input type="checkbox"/> Transportforsinkelse	<input type="checkbox"/> Rejseafbrydelse <input type="checkbox"/> Selvrisikodækning bil <input type="checkbox"/> Ferieboligsikring <input type="checkbox"/> Andet
<b>Skadelidte</b>	Navn		CPR-nr.	
	Adresse			
	Postnr.		By	
<b>Rejse-deltagere</b>	<input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Barn/svigerbarn/barnebarn	<input type="checkbox"/> Svoger/svigerinde <input type="checkbox"/> Forælder/svigerforælder	<input type="checkbox"/> Bedsteforælder <input type="checkbox"/> Rejseledsager	<input type="checkbox"/> Bror/søster <input type="checkbox"/> Forsikringstager selv
<b>Oplysning om rejsen</b>	Formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og Erhverv <input type="checkbox"/> Andet:			
Udfyldes ikke ved afbestilling	I hvilket land skete skaden?			
	Afrejsedato: (dag/måned/år)		Planlagt hjemkomst (dag/måned/år)	
	Oplys alle benyttede flyselskaber på rejsen			
<b>Udfyldes kun ved afbestilling</b>	Formål: <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Ferie og Erhverv <input type="checkbox"/> Andet:			
	Hvornår er rejsen bestilt? (dag/måned/år)		Rejsemål/land:	
	Planlagt afrejsedato (dag/måned/år)	Hjemkomstdato (dag/måned/år)	Er rejsen blevet afbestilt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den:	
<b>Oplysning om skaden</b>	Hvornår opstod skaden/sygdommen? (dag/måned/år)		Klokken (0-24)	
	Dato og klokkeslæt for første lægebesøg (dag/måned/år)		Klokken (0-24)	
	Dato og klokkeslæt for evt. hospitalsindlæggelse (dag/måned/år)		Klokken (0-24)	
	I tilfælde af hospitalsindlæggelse eller skriftligt lægeordineret sengeleje/ro og hvile i og omkring ferieboligen, angiv da perioden (dokumentation vedlægges)		Fra (dag/måned/år)	Til (dag/måned/år)
	Evt. hjemtransport arrangeret af		Hvornår (dag/måned/år)	Klokken (0-24)
<b>Andre forsikringer/kreditkort</b>	Har du tegnet anden rejseforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - angiv forsikringselskab og policenummer:		Anmeldt: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Har du en anden forsikring, som er tilknyttet et kreditkort (Mastercard, Eurocard, Diners etc.)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
	Angiv kreditkort og bank (MasterCard, EuroCard, Diners Club etc.)		Kontonr.	
	Angiv typen af kreditkort (basis, platin, stjerne etc.)			
<b>Køb af rejsen</b>	<input type="checkbox"/> Kreditkort* <input type="checkbox"/> Firmarejsekonto* <input type="checkbox"/> Kontant/betalingsoverførsel <input type="checkbox"/> Visa/Dankort *Hvis betalingen er foretaget med kreditkort/firmarejsekonto, skal du bemærke følgende: Husk at vedlægge dokumentation for, at rejsen er betalt med kreditkort/firmarejsekontoen			
	Angiv kreditkort og bank (MasterCard, EuroCard, Diners Club etc.)		Kontonr.	
	Angiv typen af kreditkort (basis, platin, stjerne etc.)			

<b>Politi-anmeldelse</b>	Er skaden anmeldt til politiet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Er der taget blodprøve? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Lægeoplysninger</b>	Navn på skadelidtes egen læge		
	Adresse		
	Postnr.	By	
<b>Oplysninger om skaden/sygdommen</b>	Beskriv hændelsen i detaljer. Vedlæg evt. separat redegørelse.		
	Har du tidligere haft de samme symptomer/sygdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, (dag/måned/år)		
<b>Erstatningskrav</b> Husk at vedlægge original dokumentation for erstatning	Opgørelse af kravet:	Valuta	Beløb
<b>Bankoplysninger</b>	Oplys venligst dit reg. nr. og kontonr. i dit pengeinstitut til brug for evt. skadebehandling. Oplysningerne behandles fortroligt.		
	Bank	Reg.nr.	Kontonr.

**Anmeldelsen sendes til:**

Codan, Gammel Kongevej 60, DK-1790 København V

Husk altid at opgøre og specificere dit erstatningskrav, fx "Flybilletter, DKK 4.000", "Lægebesøg for xxx, USD 70".

**Vedlæg venligst følgende dokumenter når du fremsender skadeanmeldelsen:**

- Rejsebevis/flybilletter
- Original dokumentation for erstatningskravet, f.eks. lægeerklæring og lægeregninger
- Dokumentation for, at rejsen er betalt med et kreditkort/ firmarejsekonto (hvis dette er tilfældet)

**Ved erstatningsrejse/-døgn eller Aktiv Ferie skal følgende vedlægges:**

- Dokumentation for rejsens pris (transport, hotelovernatninger og øvrige arrangementer)
- Dokumentation fra den behandlende læge i udlandet, hvoraf det tydeligt skal fremgå, hvilken periode skadelidte har været indlagt/lægeordineret ro og hvile i og omkring ferieboligen

**Ved afbestilling af rejse skal følgende vedlægges:**

- Dokumentation for rejsens pris (transport, hotelovernatninger og øvrige arrangementer)
- Eventuel dokumentation fra rejsearrangøren med angivelse af refusion

**Ved bagageforsinkelse skal følgende vedlægges:**

- Original dokumentation fra luftfartsselskabe (PIR-rapport)
- Original bagagebevis for hvert stykke indskrevet bagage