

Skadeanmeldelse sendes til:

AIG Europe S.A.
Bryggernes Plads 2
DK-1799
København V

Tlf +45 91 37 53 00
Fax +45 33 11 33 40

www.aig.dk



SKADEANMELDELSE – Billetafbestillingsforsikring

Når De udfylder denne anmeldelse, beder vi Dem tænke på, at Deres oplysninger er det arbejdsgrundlag, vi har til at behandle Deres skade.

Hvis vi ikke får de nødvendige oplysninger, er vi nødsaget til at stille Dem supplerende spørgsmål, og det kan desværre forsinke sagens behandling.

Vi beder Dem derfor besvare blankettens spørgsmål omhyggeligt og supplere, hvis De mener, der er specielle forhold, der ikke bliver belyst tydeligt nok i anmeldelsens rubrikker.

Vi skal gøre opmærksom på, at fremsendelse af denne skadeanmeldelse ikke er ensbetydende med accept af erstatningspligten. Såfremt De har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelsen, er De naturligvis velkommen til at kontakte vores skadeafdeling.

Med venlig hilsen
AIG Europe S.A.

Skadeanmeldelse sendes til:

AIG Europe S.A.
Bryggernes Plads 2
DK-1799
København V

Tlf +45 91 37 53 00
Fax +45 33 11 33 40

anmeldelse@aig.com



SKADEANMELDELSE – Biletafbestillingsforsikring

FORSIKRINGSTAGER

Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr./By
Telefon	E-mail

Forsikringsoplysninger

Forsikringen er på mit kreditkort Ja Nej

Hvis ja, udfyld da:

Privatkort De første 6 cifre i kreditkortnr. og de sidste 4
Erhvervs kort XXXX
Kreditkortet er udstedt af

Angiv kreditkorttype

Er De momsregistreret? Ja Nej

Hvis ja, angiv CVR-nr

Hvis nej, udfyld da:

Jeg har selv købt forsikringen Ja Nej

Hvis nej, hvor er forsikringen da købt?

Policenummer

Selskab

Sygdomsramte/tilskadekomne

Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr./By
Telefon	E-mail

Bankoplysninger

En evt. erstatning kan IKKE overføres til et kreditkort, men vil i stedet blive overført til din bankkonto.

Bank Registreringsnr. Kontonr.

SWIFT/BIC IBAN

Oplysninger om billetten

Hvornår er billetten bestilt?	/	år			
Planlagt start dato	/	år	Slutdato	/	år
Er billetten blevet afbestilt?	Nej	Ja, den	/	år	

Billettens pris

Billettens pris eksklusiv afbestillingsforsikring		Kr.	
Er der modtaget refusion fra arrangøren?	Nej	Ja	Kr.
Hvor meget udgør kravet?		Kr.	

Oplysninger om skaden

Dato for hændelsen, der var årsag til afbestilling / år

Årsag til afbestilling (diagnose)

Køb af billet

Kreditkort Firmakonto Kontant/betalingsoverførsel Visa/dankort

Såfremt betalingen er foretaget med kreditkort/firmakonto, skal nedenstående bemærkes og udfyldes

Husk at vedlægge kontoudtog der viser, at billetten er betalt med kreditkortet/firmakontoen. Angiv kreditkort og kreditkorttype.

Kreditkort Type

Lægeoplysninger

Navn på skadelidtes egen læge

Adresse Postnr./By

Tilskadekomnes relation til forsikrede

Hvorledes er/var skadelidte/afdøde beslægtet med forsikringstageren?

Ægtefælle/samlever Svoger/svigerinde	Forælder/svigerforælder Bedsteforælder	Barn/svigerbarn/barnebarn Bror/søster	Ledsager
Angiv <i>alle</i> personer, som har afbestilt samme billet Navn		CPR-nr.	Relation til forsikringstageren

Andre forsikringer/kreditkort

Har De tegnet en lignende forsikring?	Nej	Ja - angiv forsikringsselskab og policenummer	
Selskab		Policenummer	Anmeldt?
			Ja Nej
Har De en anden forsikring, som er tilknyttet et kreditkort (f.eks. Mastercard, Eurocard, Diners etc.)?	Nej	Ja, angiv kreditkort og type	
Kreditkort		Type	

Underskrift

Undertegnede erklærer på tro og love, at ovennævnte oplysninger er i overensstemmelse med sandheden. Undertegnede giver samtidig tilladelse til at indhente 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, der skal foretage udbetaling af erstatning i anledning af skaden.

VIGTIGT! Vi gør opmærksom på, at erstatningskravet skal dokumenteres, og at bilag skal indsendes i original stand.

Underskrift

Dato

OBS!

Side 5 (Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger mv.) skal udfyldes af den sygdomsramte/tilskadekomne. Hvis den sygdomsramte/tilskadekomne er under 18 år, skal erklæringen udfyldes af denne forælder/værge.

Lægeerklæring

Patientens navn

CPR-nr.

Startdato (hvis patienten skulle deltage i arrangementet)

/ År

Hvilken sygdom/tilskadekomst drejer det sig om? Angiv nøjagtig diagnose på dansk og latin

Dansk

Latin

Hvornår fik patienten denne sygdom/skade?

Dato og sted for første konsultation vedrørende den aktuelle sygdom/skade

Dato

Sted

/

År

/ År

Hvornår påbegyndte De udredning, der relaterer sig til patientens gener?

Dato

/

År

Hvornår fik patienten de første symptomer?

Dato

/

År

Kun relevant, hvis patienten skal deltage i arrangementet: Skønner du, at lidelsen/almentilstanden er en hindring for at deltage i arrangementet?

Ja Nej Hvis ja, hvorfor?

Har patienten tidligere lidt af samme sygdom/symptomer?

Ja Nej

Hvis ja, hvornår?

/

År

Ved kronisk lidelse: Er der indtrådt en akut uventet forværring?

Ja Nej

Hvis ja, hvornår?

/

År

Er patienten blevet henvist til speciallæge, hospital eller andet?

Ja Nej

Hvis ja, hvornår?

/

År

Hvortil?

Bemærkninger (særlige forhold, der bør inddrages i sagens behandling)

Denne attest er udfærdiget af undertegnede i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse.

Lægens underskrift

Dato

/

År

Stempel

Lægens CPR-nr./SE-nr.

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra dit forsikringssselskab, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit forsikringssselskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. AIG behandler sagen på vegne af dit forsikringssselskab. Du har derfor pligt til at give AIG alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, AIG har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Din læge kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som AIG ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang AIG indhenter oplysninger

Hver gang AIG indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, vi ønsker at hente oplysningerne.

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at AIG kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringssselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor AIG har bedømt mit eller forsikringstagerens eventuelle krav på at få forsikringen udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til AIG.

Navn

CPR-nr.

Underskrift

Dato

/

År

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger, sker det ved en aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis forsikringssselskabet anmoder om det.
Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2008