

# Sygdom, hjemtransport, tilskadebortkomst, sygeledsagelse, tilkaldelse, hjemkaldelse, erstatningsmedarbejder

## Skadeanmeldelse

Idrætsrejseforsikringen DIF og DGI



Policenr. 654 1440 938 828

### Rejsearrangør

Navn på idrætsforbund eller idrætsforening	
Navn på kontaktperson	Funktion i forbund/foreningen
E-mail	Telefon

### Skadelidte

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

### Oplysninger om rejsen

Rejsemål (By, land)	Hvornår forlod du Danmark for at påbegynde rejsen? - Oplys dato
Planlagt hjemkomst Dato:	Faktisk hjemkomst Dato:
Din funktion på rejsen Idrætsudøver      Træner/leder      Andet - Beskriv:	

### Oplysninger om sygdom/tilskadekomst

Skadedato		
Hvor skete skaden? (By, land)		
Diagnose eller beskrivelse af symptomer		
Har du tidligere haft samme symptomer? Nej      Ja	Hvornår? Dato:	Hvornår søgte du læge første gang? Dato:
Søgte du læge efterfølgende? Nej      Ja	Hvornår? Dato:	
Blev du indlagt? Nej      Ja	I hvilken periode var du indlagt? Fra dato:      til og med dato:	
Var sygdommen/tilskadekomsten skyld i ændring af rejseplan? Nej      Ja		
Genoptog du rejsen? Nej      Ja	Hvornår? Dato:	
Har du haft kontakt med Trygs alarmcentral? Nej      Ja	Hvis ja, oplys sagsnr.	

### Oplysning om egen læge/ behandlende læge

Navn		
Adresse	Postnr.	By

### Erstatningskrav

<b>Sygdom, tilskadekomst, hjemtransport</b>		
Beskriv udgift	Beløb (valuta)	
<b>Sygeledsagelse</b>		
Navn på sygeledsager	Relation til skadelidte	
Periode for sygeledsagelse		
Fra dato:	til og med dato:	
Ekstraudgifter (hotel, forplejning, transport)	Dato	Beløb
<b>Tilkaldelse</b>		
Navn på person der bliver tilkaldt	Relation til skadelidte	
Periode for tilkaldelse		
Fra dato:	til og med dato:	
Ekstraudgifter (hotel, forplejning, transport)	Dato	Beløb

### Erstatningskrav (fortsat)

Hjemkaldelse			
Navn på personen, der er årsag til hjemkaldelsen		Relation til den person, der er årsag til hjemkaldelsen	
Hvornår rejste du hjem? Dato:	Rejste du retur? Nej                      Ja	Hvornår? Dato:	
Ekstraudgifter (hotel, forplejning, transport)		Dato	Beløb
Erstatningsmedarbejder			
Beskriv årsagen til erstatningsmedarbejder			
Periode for erstatningsmedarbejder			
Fra dato:		til og med dato:	
Ekstraudgifter (hotel, forplejning, transport)		Dato	Beløb

### Træner/leder

Har du det blå sygesikringskort? Nej                      Ja	Har du fået refusion fra det blå sygesikringskort? Nej                      Ja - Hvis ja, oplys beløb:
---	---

### Andre forsikringer

Har du andre rejseforsikringer, fx igennem et kreditkort?	
Nej                      Ja - Hvis ja, udfyld da nedenstående rubrikker	
Forsikringsselskab/korttype	Policenr./kortnr.
Har du anmeldt skaden hertil?	
Nej                      Ja	
Hvis ja, hvor meget har du fået i erstatning?	

### Bankoplysninger

Kontoindehavers navn	
<b>Dansk konto</b>	
Bankens navn	Reg.nr. og kontonr.
<b>Udenlandsk konto</b>	
Bankens navn	Reg.nr. og kontonr.
SWIFT	IBAN

### Underskrift skadelidte

Undertegnede erklærer på tro og love, at alle oplysninger i denne anmeldelse er i overensstemmelse med sandheden.	
Dato	Underskrift

### Underskrift repræsentant idrætsforbund eller forening

Undertegnede erklærer på tro og love, at alle oplysninger i denne anmeldelse er i overensstemmelse med sandheden.	
Dato	Underskrift

For at vi kan behandle din sag hurtigst muligt, er det vigtigt, at hele skemaet er udfyldt og at du har fremsendt den dokumentation vi skal bruge.

Sammen med denne anmeldelse skal du sende:

- Program for rejsen fra idrætsforbund eller idrætsforening
- Dokumentation for de udgifter som du ønsker refunderet
- Lægeerklæring og originale regninger fra behandlende læge/sygehus i udlandet
- Dødsfald: Dødsannonce eller kopi af dødsattest
- Hjemkald: Dokumentation for hjemkald
- Kopi af det blå sygesikringskort (hvis træner/leder)

**Anmeldelsen og bilag sendes til:**

Falck Global Assistance – Claims Department – Sydhavnsgade 18 – 2450 København SV. Eller mail til [udland.skade@tryg.dk](mailto:udland.skade@tryg.dk)  
Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at skrive e-mail til [udland.skade@tryg.dk](mailto:udland.skade@tryg.dk) eller ringe direkte på telefon 44 20 2676.

# Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

## Forsikringsbegivenhed



### Derfor skal du give samtykke

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

### Din læge m.fl. kan videregive oplysninger

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold. Det følger af sundhedsloven. Forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

### Videregivelse af oplysninger

Tryg har også brug for dit samtykke til at kunne videregive nødvendige oplysninger samt til at kunne videregive den udfyldte og underskrevne skadeanmeldelse for at søge erstatning tilbagebetalt fra andre parter i sagen (regres og dobbeltforsikring).

### 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 Tryg ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

### Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Tryg må indhente alle relevante oplysninger i forbindelse med denne skade. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, tandlæger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet samt hos andre forsikringsselskaber, den offentlige rejsesygesikring, SOS International A/S, andre afdelinger i Tryg, rejsearrangører og flyselskaber.

Ovenstående oplysninger, som må indhentes, omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Tryg har bedømt mit eventuelle krav på at få min erstatning udbetalt.

Til brug for at Tryg kan søge erstatning tilbagebetalt fra andre parter i sagen (regres og dobbeltforsikring), giver jeg hermed også mit samtykke til, at Tryg kan videregive relevante oplysninger samt den udfyldte og underskrevne skadeanmeldelse til andre forsikringsselskaber, rejsebu-reauer, flyselskaber, SOS International, Patientombuddet (EU-sygesikringskortet/Det blå kort) og andre afdelinger i Tryg.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, sygehus m.fl., som Tryg anmoder om at få oplysninger fra samt til de parter, som Tryg søger erstatning tilbagebetalt fra.

Dato

Underskrift

CPR-nr.