

Peruutusvakuutusta koskeva vahinkoilmoitus

Ennen kuin alat täyttää tätä vahinkoilmoitusta, otathan huomioon, että korvausvaatimus käsitellään antamiesi tietojen pohjalta. Jos tästä vahinkoilmoituslomakkeesta puuttuu mielestäsi joitakin tärkeitä seikkoja, pyydämme sinua ilmoittamaan niistä erillisessä liitteessä.

On tärkeää, että täytät kaikki vahinkoilmoituksen kentät ja liität mukaan matka-asiakirjan/laskun.

Henkilökohtaiset tiedot					
Vakuutuskirjan numero / varausnumero / laskun numero:			Matkatoimisto:		
Etunimi ja sukunimi:			Henkilötunnus: —		
Kotiosoite:			Puhelinnumero:		Matkapuhelinnumero:
Postinumero:	Postitoimipaikka:	Sähköposti:	Matkan ostopäivämäärä / 20		Matkan peruutuspäivämäärä / 20
Suunniteltu lähtö- ja paluumatkan päivämäärä:			Suunniteltu matkakohte:		
Matkustustapa	Lento	Laiva	Loma-asunto	Linja-auto	Juna Muut
					Matkan tarkoitus? (esim. hiihto- tai golfloma)
Muu vakuutus - vrt. Vakuutus sopimuslaki					
Vahingon käsittely edellyttää näiden tietojen saamista (ei koske dankort-maksukorttia).					
Minkä tyyppinen luottokortti sinulla on (esim. MasterCard, Eurocard, GlobeCard)?					
Tilinumero:	Onko matka maksettu tällä?		Kyllä	Ei	
Onko pankki myöntänyt kortin?	Danske Bank	Nordea	Muu		
Minulla ei ole luottokorttia (rastita)					
Mistä vakuutusyhtiöstä olet ostanut perhe-/kotivakuutuksen?					
Vakuutusyhtiö:	Vakuutuskirjan nro:		Onko vahinko ilmoitettu tänne?	Kyllä	Ei
Muut matkalle osallistujat, joiden matka on peruutettu (joilla on Europæiske ERV:n vakuutus)					
Etunimi ja sukunimi			Henkilötunnus: —		
Etunimi ja sukunimi			Henkilötunnus: —		
Etunimi ja sukunimi			Henkilötunnus: —		
Etunimi ja sukunimi			Henkilötunnus: —		
Peruutuksen syy					
Milloin peruutuksen johtanut tapahtuma tapahtui?		Päivämäärä	/	20	
Sairaus / tapaturma	Diagnoosi / sairauden kuvaus				Kuolintapaus
Murto	Missä?				
Tulipalo	Missä?				
Avioero					
Muu	Tarkempi kuvaus:				
Sairauden, tapaturman tai kuoleman yhteydessä: Kuka (rastita)?					
Vakuutettu	Matkakumppani	Puoliso	Perheenjäsen, ilmoita perhesuhde:		
Sairaudesta / tapaturmasta johtuvan peruutuksen yhteydessä potilaan ja hänen lääkäriinsä on täytettävä kääntöpuolella oleva lääkärintodistus					
Kuinka suuren osan maksetusta matkan hinnasta olet saanut takaisin matkanjärjestäjältä? (sitä koskevat asiakirjat liitteenä) Kr.					
Korvaus maksetaan pankki- tai postisiirtotilille. Ilmoita pankin konttori / tunnus, tilinumero tai postisiirtotilin numero					
Pankin tunnus ja tilinumero: —					
<i>Jos haluat maksun shekkinä, se maksaa 50 Tanskan kruunua.</i>					
Vahinkoilmoitus, käyttämättömät lentoliput, linja-autoliput tai vastaavat sekä matkanjärjestäjän lasku lähetetään Europæiskelle.					
Vakuutan, että vahinkoilmoituksessa antamani tiedot vastaavat todellisia tapahtumia.					
Vakuutettu antaa Europæiskelle valtakirjan vaihtaa nimet käyttämättömissä lentolipuissa.					
					Päivämäärä / 20
Vakuutetun allekirjoitus					

Lääkärintodistus

Asiakas maksaa

Sairauden vuoksi peruutetun matkan yhteydessä potilaan ja hänen lääkärinsä on mahdollisimman nopeasti täytettävä alla oleva lääkirintodistus ja toimitettava se Europæiskelle. **Asiakas maksaa lääkirintodistuksen laatimisesta koskevan palkkion.**

Potilas täyttää. Potilas ja asiakas ovat useimmissa tapauksissa sama henkilö. Siinä tapauksessa tarvitaan vain allekirjoitus alapuolelle.			
Etunimi ja sukunimi:			
Osoite:			
Postinumero:	Postitoimipaikka:	Puhelinnumero:	Matkapuhelinnumero:
Tämän vahinkoilmoituksen yhteydessä hyväksyn, että Europæiske voi hankkia ja edelleen toimittaa tietoja vahingosta auktorisoiduille terveydenhuollon ammattilaisille, terveydenhoitolaitoksille, poliisille, julkisille elimille, vakuutusyhtiöille, muutoksenhakulautakunnalle mm. Hyväksyminen koskee vahinkoilmoitettua vahinkoa.			
Vakuutan samalla, että antamani tiedot ovat todenmukaiset eikä mitään ole salattu. Olen ymmärtänyt, että väärin tietojen antaminen voi johtaa siihen, että joudun itse vastaamaan vahinkokuluista ja vakuutus irtisanotaan.			
Potilaan allekirjoitus			Päivämäärä / 20
Pyydämme sinua allekirjoittamaan suostumus- ja valahtoisen ilmoituksen ennen vahinkoilmoituksen lähettämistä.			
Potilaan lääkäri täyttää			
Potilaan nimi:		Henkilötunnus: —	
Mistä sairaudesta on kyse (tarkka diagnoosi)?			
Onko potilaan sairaus alkanut äkillisesti? Kyllä Ei Jos ei, katso kohtaa krooninen sairaus.			
<i>Äkillinen sairaus. Korvaukseen oikeutetulla äkillisellä sairaudella tarkoitetaan uutta sairautta tai epäilyä vakavasta uudesta sairaudesta.</i>			
Milloin potilaalla esiintyi tämän sairauden oireita?		Ensimmäisen lääkäriä käynnin päivämäärä:	
Päivämäärä / 20		Päivämäärä / 20	
		Oliko sairaus tiedossa, kun matka varattiin?	
		Kyllä Ei	
Kroonisen sairauden yhteydessä: Milloin potilas sairastui tähän sairauteen?		Onko tilassa tapahtunut äkillinen käänne pahempaan?	
Päivämäärä / 20		Kyllä Ei Jos kyllä, milloin?	
Milloin päätit, että terveydentilan vuoksi matkalle lähtöä ei voida suositella?			Päivämäärä / 20
Mahdolliset lääkärin merkinnät:			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Lääkärin nimi, osoite, postinumero, postitoimipaikka, puhelinnumero sekä ALV-tunnus:			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Oletko potilaan oma lääkäri?			
Kyllä Ei Jos et, kuka on potilaan oma lääkäri?			
Lääkärin allekirjoitus			Päivämäärä / 20