

## Skademelding Reiseforsikring - Avbestillingsforsikring

Forsikring og reisedager – **må alltid fylles ut**

Legg ved original: Forsikringsbekræftelse eller reisedokumenter

|               |                               |                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reisearrangør | Forsikrings- / bookingsnummer | <input type="checkbox"/> Reiseforsikring Pluss <input type="checkbox"/> Reiseforsikring Total/Basis<br><input type="checkbox"/> Avbestillingsforsikring |
| Avreisedato   | Hjemreisedato                 | Reisemål                                                                                                                                                |

Generelle opplysninger – **må alltid fylles ut**

|                                                         |                                                                                                                                                           |                          |                              |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Etternavn                                               |                                                                                                                                                           | Fornavn                  | Personnummer                 |
| Adresse (gate, postboks)                                |                                                                                                                                                           | E-postadresse            |                              |
| Postnummer                                              | Postadresse                                                                                                                                               | Telefon dagtid           |                              |
| Skaden er meldt til                                     | <input type="checkbox"/> Transportselskap <input type="checkbox"/> Politi <input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Skaden er ikke anmeldt |                          |                              |
| Har du fått kontant erstatning på reisemålet?           | Beløp og valuta                                                                                                                                           |                          | <input type="checkbox"/> Nei |
| Har du betalt behandlingskostnader?                     | Beløp og valuta                                                                                                                                           |                          | <input type="checkbox"/> Nei |
| Har du meldt skaden til annet forsikringsselskap?       | Forsikringsselskap                                                                                                                                        | Forsikrings-/skadenummer | <input type="checkbox"/> Nei |
| Har du annen gyldig reiseforsikring?                    | Forsikringsselskap                                                                                                                                        | Forsikringsnummer        | <input type="checkbox"/> Nei |
| Forsikringserstatning utbetales til                     | Postgiro/personkonto                                                                                                                                      | Bankens navn/BIC         | IBAN-nr                      |
| Betalingsmottaker, hvis annen person enn den forsikrede | Etternavn                                                                                                                                                 | Fornavn                  | Telefon dagtid               |

**OBS!** Fyll ut skadehendelse/sykdom i riktig felt. Det er viktig at du gir en utførlig beskrivelse av det som skjedde under Skadehendelse samt angir hva du ønsker å få erstattet, under erstatning.

## Avbestillingsforsikring

Legg ved original: Legeerklæring samt øvrig dokumentation som er relevant for avbookning

|                                                                                                                          |                                |                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|--|
| Årsak / skadebeskrivelse                                                                                                 |                                |                                        |  |
| Har De brukt kort ved betaling?                                                                                          | Hvis ja, Bankens navn          | Angi hele kortnumret                   |  |
| Har du hatt samme sykdom/skade tidligere?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei                 | Hvis ja, når?                  |                                        |  |
| Er billettene ombookningsbare?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei                            | Avbookningsdato                | Erstatningskrav/<br>avbookningskostnad |  |
| Har du fått erstatning fra reisebyrå eller annet selskap?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, hvor mye og fra hvem? |                                        |  |

## Bagasje- og transportforsinkelse og reisestartbeskyttelse

Legg ved original: Bekræftelse fra transportselskapet på forsinkelsen. Hvis du kommer for sent til avreisen, må du ha relevant bekræftelse

|                                     |                                   |                                           |                    |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|--------------------|
| Hvor oppstod bagasjeforsinkelsen?   | Dato / klokkeslett                | Bagasjen ble levert (dato og klokkeslett) |                    |
| Hvor oppstod transportforsinkelsen? | Hva var årsaken til forsinkelsen? | Ordinær avgangstid                        | Faktisk avgangstid |

Hvorfor rakk du ikke avreisen?

## Eiendom (tap av eller skade på medbrakt eiendom)

**Legg ved original: Politianmeldelse eller bekreftelse fra transportselskap**

|                                            |                                                                                 |             |                              |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|
| Når og hvor inntraff skaden?               | Dato                                                                            | Klokkeslett | Sted                         |
| Hvor befant du deg da skaden ble oppdaget? | Dato                                                                            | Klokkeslett | Sted                         |
| Hvor ble eiendommen oppbevart?             |                                                                                 |             |                              |
| Var eiendommen innlåst?                    | Angi hvor og hvordan eiendommen var innlåst (f.eks hotellrom, safe, reiseveske) |             | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hvor ble nøkkelen oppbevart?               |                                                                                 |             |                              |

## Eiendom

**Legg ved original: Kvittering, garantibevis, fotografier og andre dokumenter som kan bekrefte verdi og eiendom**

| Eiendom / gjenstand | Fabrikat / modell / navn | Krevd erstatning | Innkjøpsår | Innkjøpspris | Dagens innkjøpspris, gjenstand av lik verdi |
|---------------------|--------------------------|------------------|------------|--------------|---------------------------------------------|
|                     |                          |                  |            |              |                                             |
|                     |                          |                  |            |              |                                             |
|                     |                          |                  |            |              |                                             |
|                     |                          |                  |            |              |                                             |
|                     |                          |                  |            |              |                                             |
|                     |                          |                  |            |              |                                             |

## Sykdom / Ulykkestilfelle

**Legg ved original: Legeerklæring samt kvittering på kostnadene dine**

|                                               |                         |                  |                        |                                                  |
|-----------------------------------------------|-------------------------|------------------|------------------------|--------------------------------------------------|
| Hvilken sykdom / ulykkesskade har rammet deg? | Sykdom / ulykkesskade   |                  |                        |                                                  |
| Når og hvor ble lege / tannlege kontaktet?    | Dato                    | Helseinstitusjon |                        | <input type="checkbox"/> Jeg kontaktet ikke lege |
| Når var du innlagt på sykehus?                | Innskrevet dato         | Utskrevet dato   | Helseinstitusjon       | <input type="checkbox"/> Jeg var ikke innlagt    |
| Går du fortsatt til behandling?               | Helseinstitusjon        |                  |                        | <input type="checkbox"/> Nei                     |
| Er det fare for framtidige mén?               | Fryktede framtidige mén |                  |                        | <input type="checkbox"/> Nei                     |
| Har du hatt samme sykdom / skade tidligere?   | Dato / helseinstitusjon |                  |                        | <input type="checkbox"/> Nei                     |
| Var du sykemeldt da reisen ble påbegynt?      | Fra dato                | T.o.m. dato      | Årsak till sykemelding | <input type="checkbox"/> Nei                     |

## Behandlingskostnader

| Kvittering nummer | Behandlings-dato | Diagnose / symptom | Beløp og valuta |
|-------------------|------------------|--------------------|-----------------|
|                   |                  |                    |                 |
|                   |                  |                    |                 |
|                   |                  |                    |                 |

## Ødelagte reisedager /erstatningsreise

**Legg ved original: Legeerklæring, kvittering på kostnader samt dokumenter som bekrefter prisen på reisen**

|                                                   |                                                                                                                                                               |                          |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|
| Hvilke dager mener du ble ødelagt?                | Fra dato                                                                                                                                                      | Tom dato                 | Antall dager |
| Hvorfor ble reisdagene ødelagt?                   | <input type="checkbox"/> Sykdom / ulykksskade<br><input type="checkbox"/> Hjemreise på grunn av nødsituasjon<br><input type="checkbox"/> Annet (angi hvorfor) |                          |              |
| Hva kostet din reise?                             | Beløp og valuta                                                                                                                                               |                          |              |
| Merkostnad for Hjemreise på grunn av nødsituasjon | Beløp og valuta                                                                                                                                               | Hvem betalte hjemreisen? |              |

## Overfall

**Legg ved original: Politirapport, legeerklæring samt kvittering på kostnadene dine**

|                                       |                                                                                                              |                      |                |                                 |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|---------------------------------|
| Når og hvor inntraff overfallet?      | Dato                                                                                                         | Klokkeslett          | Sted           |                                 |
| Finnes det vitner til skadehendelsen? | Etternavn / Fornavn                                                                                          |                      | Telefon dagtid | <input type="checkbox"/> Nei    |
| Hvem er gjerningsmannen?              | <input type="checkbox"/> Medreisende<br><input type="checkbox"/> Slektning<br><input type="checkbox"/> Annet | Etternavn / Fornavn: |                | <input type="checkbox"/> Ukjent |
| Oppstod det personskade?              | Beskriv skaden (det er mer plass under Skadehendelse)                                                        |                      |                | <input type="checkbox"/> Nei    |
| Oppsøkte du lege / sykehus?           | Navn på lege / sykehus                                                                                       |                      |                | <input type="checkbox"/> Nei    |

## Ansvarsdekning

**Legg ved original: Politirapport, legeerklæring samt kvittering på kostnadene dine**

|                                                            |                                                                                                                                            |                                                       |                |                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Når og hvor inntraff skaden?                               | Dato                                                                                                                                       | Klokkeslett                                           | Sted           |                                                                                                  |
| Hvilken type skade har du forårsaket?                      | <input type="checkbox"/> Personsskade<br><input type="checkbox"/> Eiendomsskade                                                            | Beskriv skaden (det er mer plass under Skadehendelse) |                |                                                                                                  |
| Finnes det vitner til skadehendelsen?                      | Etternavn / Fornavn                                                                                                                        |                                                       | Telefon dagtid | <input type="checkbox"/> Nei                                                                     |
| Mener du at en annen person har forårsaket skadehendelsen? | Etternavn / Fornavn                                                                                                                        |                                                       | Telefon dagtid | <input type="checkbox"/> Nei                                                                     |
| Mener du at den skadelidte medvirket til skadehendelsen?   | På hvilken måte? (det er mer plass under Skadehendelse)                                                                                    |                                                       |                | <input type="checkbox"/> Nei                                                                     |
| Er det reist krav om skadeerstatning mot deg?              | <input type="checkbox"/> Ja (angi beløp og valuta)<br><input type="checkbox"/> Nei                                                         |                                                       |                | Anser du att beløppet är rimelig?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei |
| Er det utbetalt et erstaningsbeløp?                        | <input type="checkbox"/> Ja, av meg<br><input type="checkbox"/> Ja, av den skadelidte<br><input type="checkbox"/> Ja, av annen (angi navn) |                                                       |                | Beløp og valuta                                                                                  |
| Hvilken relasjon har den skadelidte til deg?               | <input type="checkbox"/> Medreisende<br><input type="checkbox"/> Slektning<br><input type="checkbox"/> Annet (angi hvilken)                |                                                       |                |                                                                                                  |
| Hvem er den skadelidte?                                    | Etternavn                                                                                                                                  |                                                       | Fornavn        | Telefon dagtid                                                                                   |
| Person- / organisasjonsnr                                  | Gate/ postboks                                                                                                                             |                                                       | Postnum mer    | Postadresse / land                                                                               |

## Egenandel

**Legg ved original: Vedtak fra innboforsikrings- / bilforsikringselskap**

|                              |      |             |      |
|------------------------------|------|-------------|------|
| Når og hvor inntraff skaden? | Dato | Klokkeslett | Sted |
|------------------------------|------|-------------|------|

|                                                                                                         |                     |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Hva ble skadet?<br><input type="checkbox"/> Min faste bolig<br><input type="checkbox"/> Min private bil | Registreringsnummer | Egenandelen er (beløp och valuta) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|

## Rettshjelp

**Legg ved original: Kvittering på kostnader**

|                                                                 |      |             |      |
|-----------------------------------------------------------------|------|-------------|------|
| Når og hvor skjedde hendelsen som ligger til grunn for tvisten? | Dato | Klokkeslett | Sted |
|-----------------------------------------------------------------|------|-------------|------|

## Skadehendelse – må alltid fylles ut

Gi en utførlig beskrivelse av hva som skjedde

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Underskrift – må alltid fylles ut

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Med min underskrift forsikrer jeg å ha oppgitt fullstendige og sannferdige opplysninger. Jeg samtykker i at lege, annen helseinstitusjon, forsikringsinstitusjon, generell forsikringskasse og andre myndigheter kan gi forsikringsaksjeselskapet Europ Assistance och Europ Assistances saksbehandlere de opplysningene som er nødvendig for å kunne behandle mine erstaningskrav. |
| Sted og dato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Underskrift , foresatts underskrift hvis du er umyndig                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Navn med store bokstaver, tekst                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Skademelding, bekreftelser og kvitteringer sendes til:

Falck Global Assistance  
Postboks 172, Sentrum  
0102 OSLO

Telefon: 85 22 85 63  
E-mail: [claims.fga@se.falck.com](mailto:claims.fga@se.falck.com)