

SKADEANMELDELSE

For å kunne behandle anmeldelsen din har vi behov for følgende opplysninger. Skriv vennligst med blokkbokstaver. Forholdene omkring garanti for betaling vurderes på basis av opplysningene nedenfor.

Pasient	Fødsels- og personnummer		Navn	
	Telefonnummer		E-post	
Forsikringstaker	Fødsels- og personnummer		Navn	
Forsikring	Familie / Reise forsikring	Forsikringsselskapets navn		Forsikringsnummer
	Kredittkort forsikring¹	Kortholders navn		
		Kredittkortnummer - XX - XXXX -	Korttype og navn på utstedende bank	
	Hvis reisen er betalt med kredittkort, vennligst opplys: Beløp betalt, betalingsdato og mottaker av betaling.			
Reiseinformasjon	Utreise	Hjemreise	Formål med reisen (t.eks. ferie eller jobbreise)	
Medisinsk informasjon	Dato for første symptomer/skadedato		Skadeland	
	Dato for innleggelse/legebesøk		Har du tidligere observert lignende symptomer eller lidt av samme/lignende sykdom? Hvis ja, vennligst opplys når. Ja Nej Dato:	
Behandler sykehus/klinikk	Sykehusets/klinikkens navn		Telefonnummer	
	E-post		Behandler lege (navn)	
Fastlege/lokalt sykehus i hjemland²	Fastlege/lokalt sykehus i hjemland (navn)			Telefonnummer

Samtykke

Når saken din har blitt registrert i vårt system vil du få en tekstmelding angående samtykke til å innhente nødvendige personopplysninger til SOS International for å sikre korrekt håndtering av saken din. Vennligst besvare denne tekstmeldingen med «Jeg samtykker + ditt navn» så fort som mulig. Du finner mer informasjon om dit samtykke på <https://www.sos.eu/no/samtykke> eller ved å skanne QR-koden på mobiltelefonen din.



Fullmakt

Jeg gir herved Tine Poulsen (ansatt hos SOS) fullmakt til å søke om midlertidig EU-helsekort (det blå helsekortet) på mine vegne, dersom det er relevant for min sak.
Dersom SOS på vegne av forsikringsselskapet mitt betaler full kompensasjon for kravet knyttet til min skade, overfører jeg even-tuelle krav mot nasjonale / utenlandske myndigheter (inkludert Helfo), flyselskaper og/eller reisebyrå tilknyttet SOS på vegne av forsikringsselskapet mitt.

Dato	Jeg bekrefter at informasjonen i denne formular er korrekt og tilstrekkelig. Pasientens/vergens underskrift.
-------------	--

VIGTIGT! Medicinsk rapport skal vedlægges og skal mindst indeholde følgende: Skadedato, diagnose, behandler lege, anslåede udgifter opdelt i behandling, medicin, osv.

¹ Kun relevant hvis du har kredittkortforsikring

² Kun relevant hvis du har tidligere observert lignende symptomer eller lidt av samme/lignende sykdom