

Skadeanmeldelse hospitalsindlæggelse



Hjælp os med at tage os af din skadeanmeldelse så hurtigt som muligt: Udfyld skadeanmeldelsen nedenfor så godt og fyldestgørende som muligt og underskriv dokumentet. Hvis formularen ikke er udfyldt fyldestgørende vil vi være nødsaget til at sende den retur til dig, hvilket vil sinke behandlingstiden.

Send ansøgningen til Stonebridge c/o PACE Competence, Hjälmarödsvägen 23, 27732 KIVIK Sverige

Oplysninger om policeindehaver (primær person på formularen)

Certifikat / policenummer.....
Fulde navn.....CPR-nummer.....
Adresse..... By..... Postnummer.....
Tlf.nr..... E-mailadresse.....
Profession.....

Oplysninger om ansøger (hvis afvigende fra policeindehaver)

Fulde navn.....CPR-nummer.....
Adresse..... By..... Postnummer.....
Tlf.nr..... E-mailadresse.....
Profession..... Forhold til policeindehaver.....

Hospitalindlæggelse

Hospitalets navn.....
Adresse..... By..... Postnummer.....
Tlf.nr..... E-mailadresse.....
Indskrivelse DD/MM/ÅÅÅÅ TT:MM Udskrivelse DD/MM/ÅÅÅÅ TT:MM

Hændelsesforløbet –

Uheld:

Hvornår skete hændelsen? DD/MM/ÅÅÅÅ TT:MM
Hvor skete hændelsen?
Hvordan skete hændelsen?.....
.....
.....
Hvilke skader pådrog du dig?.....
.....
.....

Ekstrainformation (hvis påkrævet)

Samtykkeskjema for krav og fraskrivelse av pasientkonfidensialitet

Stonebridge er en del av Aegon-gruppen. For å kunne behandle kravet ditt og administrere polisen, er det nødvendig for oss å lagre og behandle informasjonen vi henter inn, i tillegg til å dele denne informasjonen med tredjeparter som arbeider for oss. Dette dokumentet forklarer hvordan vi bruker denne informasjon og spør om ditt samtykke. Vi trenger samtykke både fra forsikringstakeren og kravfremsetteren (personen som har lidt tapet).

Vennligst les vilkårene under og skriv under på dette skjemaet, hvis du er enig i disse vilkårene. Hvis du ikke ser deg i stand til å samtykke i disse vilkårene, vil vi ikke være i stand til å behandle kravet ditt. Det utfylte skjemaet må sendes tilbake sammen med kravskjemaet, før vi kan begynne å vurdere kravet ditt.

Jeg forstår at ved å skrive under nedenfor:

1. Erklærer jeg at informasjonen jeg har oppgitt på kravskjemaet og i alle vedlagte dokumenter er sann og komplett. Enhver form for bedrageri, feilaktig saksfremstilling eller skjuling fra min side, vil umiddelbart kansellere polisen, og jeg mister alle rettigheter til fordeler og de premier som allerede er betalt.
2. Jeg samtykker i at mine personopplysninger, inkludert sensitive personopplysninger (så som medisinsk informasjon) kan behandles og lagres av Stonebridge, med det formål å vurdere og validere krav, poliseadministrasjon, utførelse av tjeneste og for å forhindre svindel. Jeg forstår at for å kunne gjøre dette er det mulig at mine opplysninger deles med andre medlemmer av Aegon-gruppen og tredjeparter som arbeider på deres vegne, i Storbritannia og i andre land, inkludert utenfor EØS-området.
3. Jeg forstår at jeg kan holde tilbake eller fjerne mitt samtykke til at mine personopplysninger skal behandles i forbindelse med dette kravet, og at unøyaktigheter kan kreves endret eller slettet, men at å gjøre dette kan påvirke Stonebridges evne til å behandle kravet mitt.

Jeg gir myndighet til Stonebridge for å be om, bruke og lagre personopplysninger om meg (inkludert, men ikke begrenset til, medisinsk informasjon) når det er nødvendig for å behandle kravet mitt, og at de kan videresende personopplysninger om meg (inkludert, men ikke begrenset til, medisinsk informasjon) til tredjeparter, slik at kravet mitt kan behandles på en formålstjenlig måte.

En kopi av dette samtykkeskjemaet skal anses som like gyldig som originalen og er gyldig i to år fra datoen under.

Forsikringstaker

Kravfremsetter (den forsikrede person)

Underskrift

Underskrift

Forsikringstakers navn (blokkbokstaver)

Kravfremsetters navn (blokkbokstaver)

Dato

Dato

Betalingsanmodning

Du accepterer at Stonebridge International Insurance Ltd. fraskriver sig ethvert forsikringsansvar efter betalingen i overensstemmelse med instruktionerne nedenfor og i overensstemmelse med din police.

VIGTIGT: Vi overfører beløbet til den konto, der er angivet hos os til udbetaling af præmier. Hvis din betaling ikke sker i overensstemmelse med bankernes betalingsordning bedes du angive alle detaljer nedenfor.

IBAN:

BIC:

Kontoindehavers navn.....

Bankens navn.....

Adresse..... By.....postnr.....

Policeindehaver / Begunstigede og adresse

.....

.....

.....

Underskrift

Dato (DD/MM/ÅÅÅÅ)

.....