

Hvis du opplevde sykdom eller ulykke på reise, sender du oss dette skjemaet i utfylt og undertegnet stand.

Du må sende oss følgende dokumentasjon sammen med skademeldingen du har fylt ut:

- Reisedokumenter
- Bekreftelse eller legeerklæring/tannlegeerklæring fra lege/sykehus/tannlege
- Kvitteringer

Opplysningene du sender oss kan være sensitive. Send derfor skademeldingen og vedleggene med vanlig post til  
**Fremtind Forsikring, Postboks 778 Sentrum, 0106 Oslo**

Navn på den som eier kredittkortet		Eierens fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse		Postnummer og sted	Kredittkortnummer (seks første og fire siste siffer)
Bor du i utlandet, og har meldt utflytting til folkeregisteret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis, ja oppgi utflyttingsdato	Telefonnummer	Kontonummer for eventuell utbetaling
Er over halvparten av reisen betalt med kredittkortet? Gjelder bare transport, f.eks. med fly/buss/ båt, ikke overnatting. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvem betalte du til? Hvis du har betalt til flere, trenger vi bare mottakeren av det største beløpet, f.eks. et flyselskap eller en reiseoperatør.	
Hva slags reise var du på? <input type="checkbox"/> Jobbreise <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Annet, beskriv	Er det greit at vi kontakter deg på e-post eller SMS i denne saken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ikke sender vi alt i posten.		E-postadresse

#### Andre forsikringer

Er du dekket av reiseforsikring gjennom reisearrangør eller et annet forsikringsselskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi forsikringsselskap/reisearrangør
Oppgi forsikringsnummeret, hvis du har det. (Kalles også avtalenummer, polisenummer eller policy number.)	

#### Hva har skjedd?

Når skjedde hendelsen som gjør at du melding inn en sak?	Når startet du reisen hjemmefra?	I hvilket land skjedde hendelsen?	
Ble den planlagte hjemreisen endret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	Hvis ja, oppgi dato for den nye hjemreisen	Oppgi dato for den opprinnelige hjemreisen	
Forklar nøyaktig hva som har skjedd			
<i>Trenger du mer plass? Fortsett på et eget ark</i>			
Har du vært i kontakt med helsepersonell på reisen? Eks. Lege, fysioterapeut, koripraktor, tannlege <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når ble helsepersonell kontaktet første gang?	Oppgi antall legebesøk/tannlegebesøk	Ble du innlagt på sykehus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Oppgi navn på helsepersonell (legesenter, sykehus, klinikk, tannlege)			Har du vært behandlet for samme sykdom/skade tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

