

Vi beder dig om at fremsende alle nødvendige oplysninger og bilag sammen med denne blanket. Udgifter til lægeerklæring og anden dokumentation betales af forsikringstager.

Rejsebevis Nummer:	
Sygdomsramte/ Skadelidte:	Navn: _____ Adresse: _____ Postnr. og by: _____ Telefon nr.: _____
Oplysninger om medrejsende som skal afbestille:	Navne: _____ _____ Relation: _____
Er rejsen afbestilt:	JA: ____ DATO: _____ NEJ: ____
Oplysninger om årsag til afbestilling:	Sygdom/tilskadekomst - diagnose: _____ _____ Dødsfald: _____ Andet: _____ Dato for hændelsen: _____
Hvilken dokumentation er vedhæftet:	Lægeerklæring: _____ Dødsattest: _____ Politirapport: _____ Andet: _____
Bankoplysninger:	Reg. nr.: _____ Kontonummer: _____

Undertegnede erklærer på tro og love, at ovennævnte oplysninger er i overensstemmelse med sandheden og der ikke er udbetalt erstatning fra andre forsikringer.

Underskrift:**Dato:**