

DAN EUROPEN KORVAUSVAATIMUSLOMAKE ONNETTOMUUSTILANTEESSA

Ole hyvä ja lähetä seuraavat asiakirjat mahdollisimman nopeasti, jotta vahingonkorvausvaatimus voidaan käsitellä ja arvioida viipymättä:

1. Tämä kyseessä oleva DAN Europan korvausvaatimuslomake, jonka täyttää vakuutettu jäsen
2. Kopiot potilaskertomuksesta/-kertomuksista, joissa on tiedot diagnoosista
3. Kopiot maksukuiteista/arvioiduista kustannuksista

> Kun kyseessä on pyyntö maksaa korvaus sairaanhoitokustannuksista suoraan sairaalalle, asiakirjat postitetaan osoitteeseen:

emergency@daneurope.org

> Korvaushakemusasiakirjat postitetaan osoitteeseen: claims@idassure.eu

VAKUUTETUN JÄSENEEN TIEDOT

ETUNIMI	SUKUNIMI	VAKUUTUSNUMERO
PUHELINNUMERO	SÄHKÖPOSTIOSOITE	SYNTYMÄAIKA

TOIMINTA, JONKA AIKANA ONNETTOMUUS ON SATTUNUT

<input type="checkbox"/> LAITESUKELLUS	<input type="checkbox"/> RÄPYLÄUINTI	<input type="checkbox"/> SUKELLUSKUVAUS	<input type="checkbox"/> MUU
<input type="checkbox"/> VAPAASUKELLUS	<input type="checkbox"/> SUKELLUSSUUNNISTUS	<input type="checkbox"/> SNORKKELISUKELLUS	
<input type="checkbox"/> UPPOPALLO	<input type="checkbox"/> SUKELLUSKALASTUS	<input type="checkbox"/> KUIVAHARJOITTELU	

ONNETTOMUUTTA KOSKEVAT TIEDOT

ONNETTOMUUDEN PÄIVÄMÄÄRÄ	ARVIOITU KELLONAIKA, JOLLOIN ONNETTOMUUS ON TAPAHTUNUT
ONNETTOMUUSPAIKKA (KOHDE)	MAA, JOSSA ONNETTOMUUS ON TAPAHTUNUT

LYHYT KUVAUS TAPAHTUMISTA, JOTKA JOHTIVAT ONNETTOMUUTEEN:

TÄYTÄ TÄMÄ KOHTA VAIN KUN KYSEESSÄ ON LAITESUKELLUSONNETTOMUUS

MINKÄ TASOINEN SERTIFIKAATTI SUKELTAJALLA ON	SUKELLUSKOULUTUSJÄRJESTÖ, JOKA ON MYÖNTÄNYT SERTIFIKAATIN	SUKELTANUT ALKAEN VUODESTA
ARVIOITU SUORITETTujen SUKELLUSTEN KOKONAISMÄÄRÄ	PERÄKKÄISET SUKELLUSPÄIVÄT ENNEN ONNETTOMUUTTA	SUKELLUSTEN KOKONAISMÄÄRÄ NÄIDEN PÄIVIEN AIKANA
SUKELLUSTEN KOKONAISMÄÄRÄ ONNETTOMUUSPÄIVÄNÄ	HENGITYSKAASU	HENGITYSLAITE
KÄYTÖSSÄ OLLUT SUKELLUSTIETOKONE	SAATAVILLA OLEVA ELEKTRONINEN SUKELLUSLOKI	

ENSIMMÄINEN SUKELLUS

PÄIVÄMÄÄRÄ	ALOITA : MAKSIMISYVYYS	VIIMEISTELE : SUKELLUKSEN KOKONAISAIKA	TURVAPYSÄHDYS (3Min / 5m)	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
PINTA-AIKA			ONGELMAT LAITTEIDEN KANSSA	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
KOMMENTIT			NOPEA NOUSU	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
	POHJA-AIKA						

TOINEN SUKELLUS

PINTA-AIKA	ALOITA : MAKSIMISYVYYS	VIIMEISTELE : SUKELLUKSEN KOKONAISAIKA	TURVAPYSÄHDYS (3Min / 5m)	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
KOMMENTIT			ONGELMAT LAITTEIDEN KANSSA	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
			NOPEA NOUSU	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
	POHJA-AIKA						

KOLMAS SUKELLUS

PINTA-AIKA	ALOITA : MAKSIMISYVYYS	VIIMEISTELE : SUKELLUKSEN KOKONAISAIKA	TURVAPYSÄHDYS (3Min / 5m)	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
KOMMENTIT			ONGELMAT LAITTEIDEN KANSSA	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
			NOPEA NOUSU	<input type="checkbox"/>	KYLLÄ	<input type="checkbox"/>	EI
	POHJA-AIKA						

SAIRAALA - TERVEYSASEMA - LÄÄKÄRI (TIEDOT)

ENSIMMÄISENÄ HOITOA ANTANEEN LAITOKSEN TAI LÄÄKÄRIN NIMI

SÄHKÖPOSTIOSOITE

PUHELINNUMERO

TOISENA HOITOA ANTANEEN LAITOKSEN TAI LÄÄKÄRIN NIMI (JOS TÄLLAINEN ON)

SÄHKÖPOSTIOSOITE

PUHELINNUMERO

ARVIOIDUT KUSTANNUKSET TAI MAKSUKUITTI

LISÄNÄ OLEVA YKSITYINEN SAIRAUSVAKUUTUS (JOS SELLAINEN ON)

VAKUUTUKSEN NIMI

VAKUUTUSKIRJAN NUMERO

PUHELINNUMERO

SÄHKÖPOSTIOSOITE

MAININTA KORVAUSVAATIMUKSEN NUMEROSTA
(JOS SAMA ONNETTOMUUS ON ILMOITETTU TÄHÄN YKSITYISEEN
VAKUUTUKSEEN)

Vakuutan, että tässä lomakkeessa olevat tiedot on merkitty oikein ja täydellisesti parhaan tietämykseni ja käsitykseni mukaan.

Allekirjoitus

Päiväys

Tärkeä tietosuojaa koskeva ilmoitus:

Vakuutusyhtiö ja sen tytäryhtiöt käsittelevät henkilötietoja sovellettavan tietosuojalainsäädännön säännösten mukaisesti. Vastaavasti ne hyväksyvät sinun oikeutesi käsitellä tällaista tietoa seuraaviin tarkoituksiin tai mihin tahansa muihin tarkoituksiin, jotka eivät ole ristiriidassa tai yhteensopimattomia tämän lainsäädännön kanssa.

- Vakuutusyhtiön ja/tai sen tytäryhtiöiden tietojen päivittäminen (sekä manuaaliset että elektroniset tiedot);
- Vakuutuskirjasi hallinta, vahingonkorvausvaatimusten allekirjoitus, käsittely ja päätökseen saattaminen, petoksen havaitseminen, estäminen ja ehkäiseminen ja nimettömien tilastojen pitäminen;
- Tiedon siirtäminen vakuutusyhtiön ja sen sisaryhtiöiden välillä. Tähän kuuluvat myös VING Insurance Brokers Ltd ja Divers Alert Network (DAN) Europe;
- Sinua koskevan lääketieteellisen tiedon hankinta. Vastaavasti hyväksytään myös sinun lääkäriille, sairaalalle, laboratoriolle tai toiselle vakuutuksen tarjoajalle myöntämäsi lupa, jonka mukaan he voivat kertoa sinun tietosi vakuutusyhtiölle ja/tai mille tahansa sen tytäryhtiölle;
- Sinulle tiedotetaan kaikista meidän tarjoamistamme uusista palveluista ilman, että olemme velvollisia näin toimimaan. Samoin tiedotetaan kaikista laissa, menettelytavoissa tai käytänteissä tapahtuvista muutoksista, jotka saattavat olla sinun kannaltasi kiinnostavia. Tiedottaminen tapahtuu sähköpostilla, faksilla tai muulla elektronisella menetelmällä

Vakuutat myös, että ymmärrät oikeutesi pyytää pääsyä henkilökohtaisiin tietoihisi. Lisätietoja saadaksesi ota ystävällisesti yhteyttä IDA Ltd:n korvausvaatimuksia käsittelevään osastoon. Yhteydenotot tulee tehdä kirjallisesti.