



1:2

SKADEANMÄLAN | Resa

Skadenummer:

Försäkringstagare

Namn		Försäkringsnummer
Adress		Person-/organisationsnummer
Postnummer	Postadress	Telefon
E-post		Mobil
Ersättning önskas till	Kontonummer (inkl. clearingnr)	
<input type="checkbox"/> Postgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto		

Resan

Typ av resa		
<input type="checkbox"/> Privat resa <input type="checkbox"/> Tjänsteresa		
<input type="checkbox"/> Sjukdom/Olycksfall <input type="checkbox"/> Stöld/skadat rese gods <input type="checkbox"/> Försening <input type="checkbox"/> Avbeställd resa		
Resmål	Resan har varat (beräknas vara) Fr o m	T o m
		Anmälan gjord till SOS international? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns sjuk- och olycksfallsförsäkring el. reseförsäkring i annat försäkringsbolag?		
<input type="checkbox"/> Ja, försäkringsbolag		Försäkringsnummer <input type="checkbox"/> Nej
Resan betald med kort?	Om ja - kortutgivande bank	
<input type="checkbox"/> Ja, vilket		<input type="checkbox"/> Nej

Skadedatum och plats

Skadedatum och tid	<input type="checkbox"/> Hotellrum	<input type="checkbox"/> Hytt	<input type="checkbox"/> Kupé	<input type="checkbox"/> Övrigt, vad
Bil, reg.nr	Försäkringsbolag			
Var i utrymmet förvarades egendomen?	Var utrymmet låst?	Brytmärken		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Skadehändelse - redogör noggrant för hur skadan/sjukdomen/olycksfallet inträffade

Skada på annans egendom eller person

Namn	Personnr.	
Adress	Postnr.	Postort
Tel arbete	Tel bostad	

**Vid försening (bifoga intyg från researrangör eller flygbolag)**

Försening avser	Anmälan avser
-----------------	---------------

Orsak till försening och förseningens längd

Fylls i vid stöld av tillbehör (bifoga garanti/inköpshandlingar i original. Meddela säljarens namn och adress om detta inte framgår)

Stulna föremål (ange även modell och tillverkning)	Inköpt år	Inköpsställe	Bilaga nr	Nypris idag	Ersättningsanspråk

Fylls i vid sjukdom (bifoga även läkarintyg)

När kontaktades läkare?

Har läkare ordinerat vila inomhus

 Ja Nej

Under tiden

Fr o m | T o m

Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom eller skada?

 Ja Nej

I så fall när?

Sjukdomen/Olycksfallets art

OBS! Ersättning skall i första hand uttagas hos Försäkringskassan - även vid vård utomlands. Utgifterna ska styrkas med originalverifikationer eller med försäkringskassans ersättningsbevis.**Uppgifter om läkekostnader**

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc.)	Totalkostnad	Ersatt av Försäkringskassan	Återstående belopp	Verifikationer

Underskrift

Samtliga uppgifter i denna skadeanmälan är sanningsenliga, vilket här med intygas. Jag förbinder mig att omedelbart underrätta bolaget om egendom/det stulna kommer tillbaka. Underskrift ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande