

Skadenummer:

Försäkringstagare		Försäkringsnummer	
Namn		Person-/organisationsnummer	
Adress		Telefon	
Postnummer	Postadress	Mobil	
E-post			
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)		Anmälan gjord till SOS international?
	Fr o m	T o m	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns sjuk- och olycksfallsförsäkring el. reseförsäkring i annat försäkringsbolag?			<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja, försäkringsbolag	Försäkringsnummer		
Resan betald med kort?	Om ja - kortutgivande bank		<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja, vilket			
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
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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Under tiden Fr o m T o m
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom eller skada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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