WaterCircles

# SKADEANMÄLAN | Resa

Skadenummer:

## Försäkringstagare

Försäkringsnummer

| | |
|---|---|
| Namn | Person-/organisationsnummer |
| Adress | Telefon |
| Postnummer / Postadress | Mobil |
| E-post | |
| Ersättning önskas till / Kontonummer (inkl. clearingnr) | |

☐ Postgiro ☐ Bankgiro ☐ Bankkonto

## Resan

Typ av resa

☐ Privat resa ☐ Tjänsteresa

☐ Sjukdom/Olycksfall ☐ Stöld/skadat resegods ☐ Försening ☐ Avbeställd resa

| | | |
|---|---|---|
| Resmål | Resan har varat (beräknas vara)<br>From / Tom | Anmälan gjord till SOS international?<br>☐ Ja ☐ Nej |

Finns sjuk- och olycksfallsförsäkring el. reseförsäkring i annat försäkringsbolag?

☐ Ja, försäkringsbolag Försäkringsnummer ☐ Nej

| | |
|---|---|
| Resan betald med kort? | Om ja - kortutgivande bank |

☐ Ja, vilket ☐ Nej

## Skadedatum och plats

| | |
|---|---|
| Skadedatum och tid | ☐ Hotellrum ☐ Hytt ☐ Kupé ☐ Övrigt, vad |
| Bil, reg.nr | Försäkringsbolag |

| | | |
|---|---|---|
| Var i utrymmet förvarades egendomen? | Var utrymmet låst?<br>☐ Ja ☐ Nej | Brytmärken<br>☐ Ja ☐ 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 | |

WaterCircles

# SKADEANMÄLAN | Resa

## 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<br>☐ Ja ☐ Nej | Under tiden<br>Fr o m / T o m |
| Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom eller skada?<br>☐ 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 |