

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 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 | <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