

Skadeanmälan Reseförsäkring - Avbeställningsskydd

Försäkring och resdagar – **besvaras alltid**

Bifoga i original: Försäkringsbevis eller resehandling.

Researrangör	Försäkrings- / bokningsnummer	<input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Total
Avresedatum	Hemkomstdatum	<input type="checkbox"/> Avbeställningsförsäkring Resmål

Allmänna upplysningar – **besvaras alltid**

Efternamn	Förnamn	Personnr (år/mån/dag/nr)	
Adress (gata, box)	E-postadress		
Postnummer	Postadress	Telefon dagtid	
Skadan är anmäld till	<input type="checkbox"/> Transportföretag <input type="checkbox"/> Polis <input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Ingen anmälan har gjorts		
Har du fått kontant ersättning på resmålet?	Belopp och valuta	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du betalat vårdkostnader?	Belopp och valuta	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du anmält skadan till annat försäkringsbolag?	Försäkringsbolag	Försäkrings-/skadenummer <input type="checkbox"/> Nej	
Har du hem- eller villahemförsäkring?	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer <input type="checkbox"/> Nej	
Försäkringsersättning utbetalas till	Postgiro/personkonto	Bankens namn	Bankkonto och clearingnr
Betalningsmottagare, om annan person än den försäkrade	Efternamn	Förnamn	Telefon dagtid

OBS! Fyll i skadehändelse/sjukdom under passande rubrik. Det är viktigt att du skriver en utförlig redogörelse av det inträffade under skadehändelse samt anger vad du önskar få ersatt under ersättning.

Avbeställningsskydd

Bifoga i original: Läkarintyg i original samt övrig dokumentation som är relevant för avbokning

Orsak / Skadebeskrivning		
Har du tidigare lidit av samma diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när?	
Är resan ombokningsbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avbokningsdatum	Ersättningsanspråk/ avbokningskostnad
Har du fått ersättning från resebyrå eller annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur mycket och vem?	

Bagage- och transportförsening och resestartskydd

Bifoga i original: Förseningsintyg från transportföretaget. Missad avresa ska styrkas med relevant intyg

Var uppstod Bagageförseningen?	Datum / klockslag	Bagaget levererades (datum och klockslag)	
Var uppstod transportförseningen?	Vad orsakade förseningen?	Ordinarie avgångstid	Faktisk avgångstid
Varför missades avresan?			

Egendom (förlust av eller skada på medförd egendom)

Bifoga i original: Polisnämnan eller intyg från transportföretag.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockslag	Plats
Var befann du dig vid upptäckten av skadan?	Datum	Klockslag	Plats
Var förvarades egendomen?			
Var egendomen inlåst?	Ange var och hur egendomen var inlåst (t.ex. hotellrum, safe, resväska)		<input type="checkbox"/> Nej
Var förvarades nyckeln?			

Egendom

Bifoga i original: Kvitto, garantibevis, fotografier och andra handlingar som kan styrka värde och innehav.

Egendom / föremål	Fabrikat / modell / beteckning	Begärd ersättning	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpspris, likvärdigt föremål

Sjukdom / Olycksfall

Bifoga i original: Läkarintyg samt kvitton över dina kostnader.

vilken sjukdom / olycksfallsskada har du råkat ut för?	Sjukdom / olycksfallsskada			
När och var anlätades läkare / tandläkare?	Datum	Sjukvårdsinrättning		<input type="checkbox"/> Jag anlätade inte läkare
När var du inlagd på sjukhus?	Inskrivna datum	Utskrivna datum	Sjukvårdsinrättning	<input type="checkbox"/> Jag var inte inlagd
Går du fortfarande på behandling?	Sjukvårdsinrättning			<input type="checkbox"/> Nej
Befaras framtida men?	Framtida men som befaras			<input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare haft samma sjukdom / skada?	Datum / Sjukvårdsinrättning			<input type="checkbox"/> Nej
Var du sjukskriven då resan påbörjades?	Från datum	T.o.m. datum	Orsak till sjukskrivning	<input type="checkbox"/> Nej

Vårdkostnader

Kvitto nummer	Behandlings-datum	Diagnos / symptom	Belopp och valuta

Ersättningsresa / Förstörda resdagar

Bifoga i original: Läkarintyg, kvitton över dina kostnader samt dokument som styrker resans pris.

Vilka dagar anser du blev förstörda?	Från datum	Tom datum	Antal dagar
Varför blev resdagarna förstörda?	<input type="checkbox"/> Jag drabbades av sjukdom / olycksfall <input type="checkbox"/> Jag reste hem på grund av nödsituation <input type="checkbox"/> Annat (ange varför)		
Vad kostade din resa?	Belopp och valuta		
Merkostnad för hemresa på grund av nödsituation	Belopp och valuta	Vem betalade hemresan?	

Överfall

Bifoga i original: Polisnämålan, läkarintyg samt kvitton över dina kostnader.

När och var inträffade överfallet?	Datum	Klockslag	Plats	
Finns vittne till skadehändelsen?	Efternamn / Förnamn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nej
Vem är gärningsmannen?	<input type="checkbox"/> Medresenär <input type="checkbox"/> Släkting <input type="checkbox"/> Annan	Efternamn / Förnamn:		<input type="checkbox"/> Okänd
Uppstod personskada?	Beskriv skadan (mer utrymme finns under rubriken "Skadehändelse")			<input type="checkbox"/> Nej
Uppsökte du läkare / sjukhus?	Namn på läkare / sjukhus			<input type="checkbox"/> Nej

Ansvarsskydd

Bifoga i original: Polisnämålan samt kvitton över dina kostnader.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats	
Vilken typ av skada har du orsakat?	<input type="checkbox"/> Kroppsskada <input type="checkbox"/> Egendomsskada	Beskriv skadan (mer utrymme finns under rubriken "Skadehändelse")		
Finns vittne till skadehändelsen?	Efternamn / Förnamn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nej
Anser du att annan person orsakat skadehändelsen?	Efternamn / Förnamn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nej
Anser du att den skadedrabbade medverkat till skadehändelsen?	På vilket sätt? (mer utrymme finns under Skadehändelse)			<input type="checkbox"/> Nej
Har skadestånds-anspråk framställts mot dig?	<input type="checkbox"/> Ja (ange belopp och valuta) <input type="checkbox"/> Nej		Anser du att beloppet är rimligt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har något skadeståndsbelopp betalats?	<input type="checkbox"/> Ja, av mig <input type="checkbox"/> Ja, av den skadelidande <input type="checkbox"/> Ja, av annan (ange namn)		Belopp och valuta	<input type="checkbox"/> Nej
Vilken relation har den skadelidande till dig?	<input type="checkbox"/> Medresenär <input type="checkbox"/> Släkting <input type="checkbox"/> Annan (ange vilken)			
Vem är den skadelidande?	Efternamn		Förnamn	Telefon dagtid
Person- / organisationsnr	Gata / Box		Postnummer	Postadress / land

