

Skadeanmälan Reseförsäkring

Skadenummer:

Försäkring och resdagar – **besvaras alltid**

Bifoga i original: Försäkringsbevis eller resehandling.

Reseförsäkringen köpt genom	Researrangör/resebyrå	Försäkrings- / bokningsnummer	Reseförsäkring <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> ANNAN:
Resdagar och resmål	Avresedatum	Hemkomstdatum	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		
Har du hem- eller villahemförsäkring?	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer		
Försäkringsersättning utbetalas till	Postgiro/personkonto	Bankens namn	Clearingnummer	Bankkonto
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.

Försening

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

Bagageförsening	Var uppstod förseningen?	Datum / Klockan	Bagaget levererades (Datum / Klockan)	
Försening av allmänt transportmedel	Var uppstod förseningen?	Vad orsakade förseningen?	Ordinarie avgångstid	Faktisk avgångstid
Missad avresa	Varför missades avresan?			

Egendom (förlust av eller skada på medförd egendom)

Bifoga i original: Polisanmälan eller intyg från transportföretaget.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats
Var befann du dig vid upptäckten av skadan?	Datum	Klockan	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?			

Sjukdom / Olycksfall

Bifoga i original: Läkarityg 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?	Inskriven datum	Utskriven 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

Förstörda resdagar

Bifoga i original: Läkarityg, 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"/> Annan (ange varför)		
Vad kostade din resa?	Belopp och valuta		
Merkostnad för hemresa på grund av nödsituation	Belopp och valuta	Vem betalade hemresan?	

Självrisk

Bifoga i original: Beslutsbrev från hemförsäkrings-/motorfordonsförsäkringsbolag.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats	
Vad blev skadat?	<input type="checkbox"/> Min permanenta bostad <input type="checkbox"/> Min privata bil <input type="checkbox"/> Annat (vad?):		Registreringsnummer	Självriskens är (Belopp och valuta)

Överfall

Bifoga i original: Polisnämnan, läkarityg samt kvitton över dina kostnader.

När och var inträffade överfallet?	Datum	Klockan	Plats	
Finns vittne till skadehändelsen?	Efternamn / Förnamn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nej
Vem är gärningsmannen?	Medresenär Släkting 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

Ersättning – besvaras alltid

Vårdkostnader					
Bifoga i original: Kvitto på vårdkostnader.					
Kvitto nummer	Behandlings-datum	Diagnos / symptom	Belopp och valuta		
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

Underskrift – besvaras alltid

Genom min underskrift försäkrar jag att fullständiga och sanningsenliga uppgifter lämnats. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa och andra myndigheter får lämna Europ Assistance och Europ Assistance skadereglerare sådana upplysningar som de behöver för att kunna bedöma mina ersättningsanspråk.
Ort och datum
Underskrift För omyndig person, vårdnadshavarens underskrift
Namnförtydligande Texta

Skicka skadeanmälan till:

Skadereglering sker genom Falck TravelCare.

Skadeanmälan, intyg och kvitton skickas till:

Falck TravelCare
Box 44024
100 73 Stockholm

Telefon: 08 – 579 379 00