

Skadeanmälan Reseförsäkring - Avbeställningskydd

Försäkring och resdagar – besvaras alltid

Bifoga i original: Försäkringsbevis eller resehandling.

Researrangör	Försäkrings- / bokningsnummer	<input type="checkbox"/> Reseförsäkring Extra <input type="checkbox"/> Reseförsäkring Total <input type="checkbox"/> Tjänsterefeförsäkring <input type="checkbox"/> Avbeställningsförsäkring
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
Betalningsmottagare, om annan person än den försäkrade	Efternamn	Förnamn
		Bankkonto och clearinansr 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.

Avbeställningskydd

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 biljetterna ombokningsbara? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avbokningsdatum	
Har du fått ersättning från resebyrå eller annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur mycket och vem?	Ersättningsanspråk/ avbokningskostnad
Vilken korttyp har du använt vid betalning?	Till vilken bank är ditt kort knutet?	Fullständigt kortnummer

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: Polisanmälan 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

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?	Inskrivnen 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

Vårdkostnader

Kvitto nummer	Behandling s- datum	Diagnos / symptom	Belopp och valuta

Förstörda resdagar /ny flygbiljett

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 flygbiljett?	Belopp och valuta		
Merkostnad för hemresa på grund av nödsituation	Belopp och valuta	Vem betalade hemresan?	

Överfall

Bifoga i original: Polisänmälan, 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: Polisänmälan 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

Självriskskydd

Bifoga i original: Beslutsbrev från hemförsäkrings-/motorfordonsförsäkringsbolag.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockslag	Plats
Vad blev skadat? <input type="checkbox"/> Min permanenta bostad <input type="checkbox"/> Min privata bil <input type="checkbox"/> Annat	Registreringsnummer		Självrisken, belopp och valuta

Rättshjälp

Bifoga i original: Kvitton över dina kostnader .

När och var inträffade händelsen som orsakat rättstvisten?	Datum	Klockslag	Plats
--	-------	-----------	-------

Skadehändelse – besvaras alltid

Skriv en utförlig redogörelse av vad som hänt.

Underskrift – besvaras alltid

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

Skadeanmälan, intyg och kvitton skickas till:

Europ Assistance
Postbox 205
900 Köpenhamn C
Danmark