

Skadeanmälan Reseförsäkring - Avbeställningsskydd

Försäkring och resdagar – **besvaras alltid**

Bifoga i original: Försäkringsbevis eller resehandling.

Researrangör	Försäkrings- / bokningsnummer	☐ Reseförsäkring Extra ☐ Reseförsäkring Total ☐ Tjänsterefeförsäkring ☐ 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	☐ Transportföretag ☐ Polis ☐ Hotell ☐ Ingen anmälan har gjorts	
Har du fått kontant ersättning på resmålet?	Belopp och valuta	☐ Nej
Har du betalat vårdkostnader?	Belopp och valuta	☐ 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
		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: Läkrintyg i original samt övrig dokumentation som är relevant för avbokning

Orsak / Skadebeskrivning		
Har du tidigare lidit av samma diagnos? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, när?	
Är biljetterna ombokningsbara? ☐ Ja ☐ Nej	Avbokningsdatum	
Har du fått ersättning från resebyrån eller annat bolag? ☐ Ja ☐ 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)		☐ 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		☐ Jag anlätade inte läkare
När var du inlagd på sjukhus?	Inskrivna datum	Utskrivna datum	Sjukvårdsinrättning	☐ Jag var inte inlagd
Går du fortfarande på behandling?	Sjukvårdsinrättning			☐ Nej
Befaras framtida men?	Framtida men som befaras			☐ Nej
Har du tidigare haft samma sjukdom / skada?	Datum / Sjukvårdsinrättning			☐ Nej
Var du sjukskriven då resan påbörjades?	Från datum	T.o.m. datum	Orsak till sjukskrivning	☐ Nej

Vårdkostnader

Kvitto nummer	Behandlings-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?	☐ Jag drabbades av sjukdom / olycksfall ☐ Jag reste hem på grund av nödsituation ☐ 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: Polisnämnan, läkarintyg samt kvitton över dina kostnader.

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

Ansvarsskydd

Bifoga i original: Polisnämnan samt kvitton över dina kostnader.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats	
Vilken typ av skada har du orsakat?	☐ Kroppsskada ☐ Egendomsskada	Beskriv skadan (mer utrymme finns under rubriken "Skadehändelse")		
Finns vittne till skadehändelsen?	Efternamn / Förnamn		Telefon dagtid	☐ Nej
Anser du att annan person orsakat skadehändelsen?	Efternamn / Förnamn		Telefon dagtid	☐ Nej
Anser du att den skadedrabbade medverkat till skadehändelsen?	På vilket sätt? (mer utrymme finns under Skadehändelse)			☐ Nej
Har skadestånds-anspråk framställts mot dig?	☐ Ja (ange belopp och valuta) ☐ Nej		Anser du att beloppet är rimligt? ☐ Ja ☐ Nej	
Har något skadeståndsbelopp betalats?	☐ Ja, av mig ☐ Ja, av den skadelidande ☐ Ja, av annan (ange namn)		Belopp och valuta	☐ Nej
Vilken relation har den skadelidande till dig?	☐ Medresenär ☐ Släkting ☐ 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? ☐ Min permanenta bostad ☐ Min privata bil ☐ 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 läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, 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
 c/o Falck TravelCare
 Box 44024
 100 73 Stockholm

Telefon: 08 – 50 10 24 81