Skadeanmälan Tjänstereseförsäkring

Skadenummer:

Försäkring och resdagar – ***besvaras alltid***

Tjänsteresan företagen på uppdrag av	Försäkringstagare (arbetsgivare)		Försäkringsnummer
Resdagar och resmål	Avresedatum	Hemkomstdatum	Resmål

Allmänna upplysningar (om den försäkrade) – ***besvaras alltid***

Efternamn		Förnamn	Personnummer
Adress / Box		E-postadress	
Postnummer	Postadress		Telefon dagtid
Skadan är anmäld till	Transportföretag Polis Hotell Ingen anmälan har gjorts		
Har du betalat vårdkostnader?	Belopp och valuta		Nej
Har du anmält skadan till annat försäkringsbolag?	Försäkringsbolag	Försäkrings-/skadenummer	Nej
Har du hem- eller villahemförsäkring?	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer	Nej
Försäkringsersättningen utbetalas till	Postgiro/personkonto	Bankens namn	Clearingnr /Bankkonto
Anges vid utlandsbetalning	IBAN nummer		SWIFT
Betalningsmottagare, om annan än den försäkrade	Efternamn / förnamn	Företag	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 ersättningsanspråk.

Försening

Bifoga i original: Förseningsintyg från transportföretaget. Resestartskydd 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
Resestartskydd	Varför missades avgången?			

Resgodsskydd (förlust av eller skada på medförd egendom)

Bifoga i original: Polisanmälan eller intyg från transportföretag.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats
Var befann du dig vid upptäckten av skadan?	Plats		
Var förvarades egendomen?			
Var egendomen inlåst?	Ange var och hur egendomen var inlåst (t.ex. hotellrum, safe, resväska)		Nej
Var förvarades nyckeln?			

Sjukdom / Olycksfall / Kristerapi

Bifoga i original: Läkarintyg samt kvitton över dina kostnader.

Vilken sjukdom / olycksfallsskada har du råkat ut för?	Sjukdom / olycksfallsskada			
När och var anlitades läkare / tandläkare?	Datum	Sjukvårdsinrättning		Jag anlitade inte läkare
När var du inlagd på sjukhus?	Inskriven datum	Utskriven 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

Reseavbrott **(outnyttjade resdagar)**

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

Dagar som inte kunde utnyttjas på grund av reseavbrott	Från datum	Tom datum	Antal dagar
Varför avbröts resan?			
Vad kostade din resa?	Belopp och valuta		
Merkostnad för hemresa på grund av nödsituation	Belopp och valuta	Vem betalade hemresan?	

Självriskskydd

Bifoga i original: Beslutsbrev från hemförsäkrings-/motorfordonsförsäkringsbolag.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats	
Vad blev skadat?	Min permanenta bostad Min privata bil		Registreringsnummer	Självrisken är (Belopp och valuta)

Överfallsskydd

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

När och var inträffade överfallet?	Datum	Klockan	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

Rättsskydd

Bifoga i original: Kvitton över dina kostnader .

När och var inträffade händelsen som orsakat rättstvisten?	Datum	Klockan	Plats

Ansvarsskydd

Bifoga i original: Polisanmälan 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 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 skadeståndsanspråk framställts mot dig?	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 (vem?)		Belopp och valuta	Nej
Vilken relation har den skadelidande till dig?	Medresenär Släkting Annan (vilken)			
Vem är den skadelidande?	Efternamn	Förnamn	Telefon dagtid	
Person- / organisationsnr	Gata / Box	Postnummer	Postadress / Land	

Skadehändelse – *besvaras alltid*

Skriv en utförlig redogörelse av händelseförloppet.

Ersättning – *besvaras alltid*

Vårdkostnader

Bifoga i original: Kvitto på vårdkostnader.

Kvitto nummer	**Behandlings-datum**	**Diagnos / symptom**	**Belopp och valuta**

Resgods (medförd egendom)

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

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

Underskrift – *besvaras alltid*

Fullmakt Ja	Ja. Jag medger genom att kryssa i denna ruta, att annan 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.	Nej
Genom min underskrift försäkrar jag att fullständiga och sanningsenliga uppgifter lämnats.		
Ort och datum		
Underskrift För omyndig person, vårdnadshavarens underskrift		
Namnförtydligande Texta		

Försäkringstagarens underskrift (arbetsgivaren) – *besvaras alltid*

Genom min underskrift försäkrar jag att den skadedrabbade • befann sig på tjänsteresa vid skadetillfället • vid skadetillfället var anställd vid företaget		Företagets stämpel
Ort och datum		
Underskrift		
Namnförtydligande Texta		Telefon dagtid

Skicka skadeanmälan till

Skicka skadeanmälan, intyg och kvitton i original till:

Falck TravelCare Företagsskador
Box 44024
100 73 STOCKHOLM
Telefon: 08 – 587 717 87