

FOREX Bankkort

Kontrollera kortets omfattning i försäkringsvillkoret

DETTA SKA BIFOGAS MED DIN SKADEANMÄLAN:

- Kvitto/verifikation på att resan är betald enligt gällande försäkringsvillkor.
- Bokningsbekräftelse/resebevis eller dylikt som visar resenärer, avgångar och totala respriset.

VID FÖRSENING AV FÄRDMEDEL/BAGAGE

- Intyg på förseningen (kan erhållas av transportföretaget).
- Kvitto på inköp.

VID SJÄLVRISKSKADA

- Dokumentation från bil-/hem-/villahemförsäkring som visar att ersättning har utbetalats och som styrker avdragen självrisk (om skadan är polisanmäld ska kopia av polisrapporten bifogas).

VID AVBESTÄLLNING

- Kvitto/verifikation på avbeställningskostnader (t ex flygbiljetter/resebevis), läkarintyg, polisrapport och andra handlingar som visar orsaken till avbeställningen.

VID OLYCKSFALL

- Kvitto på läkekostnader, medicinkostnader och/eller dylikt.
- Läkarintyg.
- För utbetalning av dödsfallsersättning ska dödsfallsattest från läkare bifogas.

VID ALLRISKSKADA

- Inköpskvitto på skadat/förlorat föremål samt reparationsprotokoll och kvitto på eventuellt utförd reparation. Vid stöld ska polisanmälan bifogas.

**Alla handlingar ska bifogas i original!
Skriftlig skadeanmälan ska sändas till Europeiska
senast inom 6 månader efter hemkomsten.**

**Vid avbeställning ska skriftlig skadeanmälan sändas till
Europeiska senast inom 6 månader efter avresedatum.**

1. Personuppgifter (vänligen texta)

Kortinnehavarens personuppgifter	Kortnummer		Namn på banken som är kortutgivare	
	Efternamn	Tilltalsnamn		Personnr (år, mån, dag, nr)
	Utdelningsadress			Telefon dagtid
Eventuell ersättning utbetalas till	Postnr	Postadress	e-post	Telefon bostad
	Postgiro / personkonto		Bankens namn	Clearingnr
	Namn om annan än ovanstående			

2. Uppgifter om resan

Avresedatum	Hemkomstdatum	Resmål	Resans totala pris	Summa betald med kortet
-------------	---------------	--------	--------------------	-------------------------

3. Uppgifter om medförsäkrad som drabbats

Namn	Personnr	<input type="checkbox"/> Make/ maka	<input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Barn	Skriven på kortinnehavarens adress <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Namn	Personnr	<input type="checkbox"/> Make/ maka	<input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Barn	Skriven på kortinnehavarens adress <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Namn	Personnr	<input type="checkbox"/> Make/ maka	<input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Barn	Skriven på kortinnehavarens adress <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns hem-/villahemförsäkring <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Resskydd Bas <input type="checkbox"/>	Bolag		Försäkringsnr
	Resskydd Extra <input type="checkbox"/>			
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Bolag		Försäkringsnr

4. Försening av allmänt färdmedel

Färdmedel som blivit försenat		
Vad var orsaken till förseningen		
När skulle ordinarie avgång ske	Datum	Tid
När avgick det försenade färdmedlet	Datum	Tid
Hur många timmar var den totala förseningen		

5. Bagageförsening vid utresa
OBS! Specificera inköpen under punkt 10.

Ankomst till resmålet	Datum	Tid
När levererades bagaget	Datum	Tid
Hur länge var bagaget borta (antal timmar)		
Inköpsbelopp	Valuta	Land

6. Självriskskada hemma

Självrisken avser <input type="checkbox"/> Hem-/Villahemförsäkring <input type="checkbox"/> Bilförsäkring	Bilens reg.nr. _____	Självrisk kr
Skadedatum	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer
Skadeorsak och plats		

7. Olycksfall

När och var anlätades läkare?

Inlagd på sjukhus

Befaras framtida men?

Skadans art?			
Datum		Plats	
Från datum		Till datum	Går du fortfarande på behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	

8. Allrisk

Skadans omständigheter, plats och tidpunkt

Skadat/förlorat föremål, fabrikat/modell, inköpspris & datum

Reparationskostnad/inköpspris för likvärdigt föremål idag

9. Avbeställningsskydd

Orsak till avbeställning

Har du tidigare lidit av samma sjukdom?

<input type="checkbox"/> Sjukdom	Diagnos		Datum för första läkarbesök	
<input type="checkbox"/> Olycksfall	<input type="checkbox"/> Ja	Datum	Vilken läkare anlätades då?	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Händelse i den permanenta bostaden		Händelse		
Bokningsdatum	Avbokningsdatum	Ange hur stort belopp resebyrå/ annat bolag återbetalat		

10. Ersättningsanspråk

Specifikation	Vid behandlingskostnader, ange vad verifikationen avser Vid egendom skall, förutom föremålet, anges fabrikat och modell	Ägare	Ifylls för egendom			Ersättningsanspråk
			Inköpsår	Inköpspris	Nypris	
BIFOGA ALLA HANDLINGAR I ORIGINAL!					SUMMA	

FULLMAKT Ett "X" i denna ruta kan ge oss möjlighet att handlägga ärendet snabbare vid sjukdom/olycksfall.

Fullmakt för Europeiska att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket, inhämta upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar rätt att ta del av sjukjournaler och läkarintyg avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovannämnda handlingar får utlämnas till Europeiska, oavsett bestämmelserna i sekretesslagen.

BEHANDLANDE LÄKARE I SVERIGE

Läkarens namn		Sjukhus/vårdcentral		
Adress		Postnr	Ort	Telefonnr

UNDERSKRIFT FÖR FULLMAKT

Datum	Namn
-------	------

UNDERSKRIFT – OBLIGATORISK

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Namn
-------	------

Europeiska Försäkringsaktiebolaget

Postadress Box 1 172 13 Sundbyberg	Besöksadress Allén 6 A Sundbyberg	Telefon 0770-456 900	Telefax 08-20 14 84	E-post info@europeiska.com	Styrelsens säte Sundbyberg	Org.nr 502005-5447
---	--	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------