

## 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	
Har du hem- eller villahemförsäkring?	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer	
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 anlätades läkare / tandläkare?	Datum	Sjukvårdsinrättning		Jag anlätade inte läkare
När var du inlagd på sjukhus?	Inskrivnen datum	Utskrivnen 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	
--	-------	---------	-------	--



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 / beteckning	Begärd ersättning	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpspris, likvärdigt föremål	

Underskrift – *besvaras alltid*

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

Försäkringstagarens underskrift (arbetsgivaren) – *besvaras alltid*

Genom min underskrift försäkrar jag att den skadedrabbade	Företagets stämpel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• befann sig på tjänsteresa vid skadetillfället</li> <li>• vid skadetillfället var anställd vid företaget</li> </ul>	
<b>Ort och datum</b>	
<b>Underskrift</b>	
<b>Namnförtydligande</b> 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