

Försäkringstagare/ försäkrad	Namn			Skada nr (ifylles av bolaget)
	Utdelningsadress			Försäkringsnr
	Postnr och ort			Personnr/Organisationsnr
	Telefon hem	Telefon arb	Mobiltelefon	Momsredovisningsskyldig <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	E-postadress			

Annat försäkringsbolag	Har du rese- sjuk- eller olycksfallsförsäkring även i annat försäkringsbolag eller har du kollektiv försäkring via facket. <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		
	Vid "JA" ange bolag	Vid "JA" ange försäkringsnr/personnr	

Resan företagen som	Tjänsteresa <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/>
----------------------------	--

Skadedatum och skadeplats	Skadedatum och klockslag	
	Skadeplats (adress, ort och land)	
	Vid skada utomlands, ange avresedag från Norden	Hemresedag, ange planerad dag

Den skadade/sjuka	Namn	Fullständigt personnummer
Sjukdom/skadans art		

När och var anlätades läkare?	Datum	Plats	Sjukhusvård, ange datum fr o m - t o m
Går du fortfarande på behandling?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Vid "JA" ange vilken typ av behandling	
Har du tidigare lidit av samma sjukdom?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Vid "JA" ange när och vilken läkare som anlätades då	
Var du sjukskriven vid avresan?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Vid "JA" ange för vad och vilket datum du sjukskrivits	

Skadehändelse Anvisningar: • Redogör noggrant för hur olycksfallet gick till.			

Fortsätt på baksidan

VAR GOD VÄND!

<p>Fortsättning på beskrivning över olycksfallet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ange även om du har fått kläder eller andra saker förstörda vid olycksfallet, ange ålder och pris 	

Kostnader till följd av sjukdomen/olycksfallet						
Bifoga originalverifikationer						
Behandlingsdatum	Utgifternas art (läkararvode, medicin etc.)	Erlagt belopp i utländsk valuta	Kurs	Kostnad i svensk valuta	Kvitto nr	Inlands anteckningar

<p>Underskrift av försäkringstagaren/försäkrad</p>	<p>Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdanstalt samt den eller de läkare som behandlar eller tidigare behandlat mig lämnar bolaget erforderliga upplysningar om mitt hälsotillstånd. Detta för bedömande av mitt ersättningskrav.</p>	
	<p>Ort och datum</p>	<p>Namn Namnförtydligande</p>

<p>Sätt in ersättningen på något av följande konton</p>	<p>Plusgiro/personkonto nr</p>	<p>Bankgiro nr</p>	<p>Bankkonto nr (inkl clearingnr)</p>
--	--------------------------------	--------------------	---------------------------------------