



## Skadeanmälan Avbeställningsförsäkring

### Till skadeanmälan måste alltid bifogas:

1. Bokningsbekräftelse, resebevis eller dylikt där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
2. Accepts formulär för läkarintyg i original, ifyllt och undertecknat av legitimerad och ojävig läkare.
3. Avbokningsbekräftelse där avbokningsdatum samt eventuell återbetalning från reseföretaget framgår
4. Kvitton på researrangemanget.

Försäkringstagare (huvudresenär)	Efternamn	Förnamn	Personnummer
	Adress		e-mail
	Postnr	Postadress	Telefon

Medresenärer som avbokat resan	Efternamn	Förnamn	Personnummer
	Efternamn	Förnamn	Personnummer
	Efternamn	Förnamn	Personnummer

Konto vid utbetalning av försäkringsersättning, SWIFT och IBAN måste fyllas i vid utbetalningar till bank utanför Sverige.

Kontoinnehavare	Bank	Clearingnummer	SWIFT/Bank nat. ID
Kontonummer/IBAN			

### Andra försäkringar

Hem-Villahemförsäkring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Försäkringsbolag:
Annan giltig försäkring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Försäkringsbolag:
Är resan betald med kort?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Kreditkortsföretag:
Bank:		Kreditkortsnummer:
Har ersättning erhållits från någon av dessa? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Om ja, från vem?		

### Vem drabbades

Namn:	Personnummer:
Försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Annan resdeltagare <input type="checkbox"/> Ej resdeltagare, ange relation till den försäkrade:	

### Sjukdomens/skadans art

Pågår behandling fortfarande <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Har den drabbade lidit av samma sjukdom tidigare <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
---	---

Eventuella övriga upplysningar anges på baksidan av denna blankett eller separat.

Jag försäkrar härmed att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare och annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning / försäkringsbolag får lämna Accept de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som Accept anser sig behöva för att bedöma skadefallet.

Ort	Datum	Namnteckning
-----	-------	--------------

Underskrift och försäkran enligt ovan av annan person än försäkringstagaren som drabbats av sjukdomen/olycksfallet.

Ort	Datum	Namnteckning
-----	-------	--------------

Insändes till: Accept, Box 2068, 174 02 Sundbyberg



## Läkarintyg

*ifylles och undertecknas av läkaren!*

Resenärens namn ..... Personnr .....

Patientens namn ..... Personnr .....  
(om ej detsamma som resenärens)

Avbeställningen avser resa till .....

Inbokningsdatum ..... Avresedatum .....

Plats och datum för första undersökning / behandling för den aktuella sjukdomen .....

Plats och datum för den undersökning / behandling som ligger till grund för utfärdande av detta intyg .....

### Undersökningsresultat och diagnos :

### ICD-10 kod:

### Sätt signatur för tillämpligt alternativ

*Ifylles då resenären är sjuk*

( ) Jag avråder uttryckligen från resa, då patientens = resenärens tillstånd innebär att sådan ej kan genomföras utan men för patienten

( ) Jag avråder ej från resa. Patientens = resenärens tillstånd utgör inget hinder för resa.

*Ifylles då anhörig är sjuk*

( ) Jag avråder ej från resa. Patientens = anhörig till resenären, tillstånd utgör inget hinder för resenären att företaga resan.

( ) Resenären som är nära anhörig till patienten, bör ej genomföra resan. Detta emedan patientens tillstånd är allvarligt.

( ) Resenären, som är nära anhörig till patienten, bör ej genomföra resan. Detta emedan patientens tillstånd föranleder speciell omvårdnad genom resenärens försorg.

*Ifylles alltid:*

( ) Sjukdomen är akut

( ) Patientens sjukdom är kronisk, var känd vid inbokningstillfället och utgjorde då inget hinder för resan. Tillståndet har nu förvärrats på ett sätt som vid bokningstillfället ej var möjligt att förutse / var möjligt att förutse / (stryk det som ej är tillämpligt)

( ) Gravitet ( obs! utgör ej hinder för resan)

( ) Inget av ovanstående är tillämpligt

..... den ...../.....20 .....

Namnteckning ..... Titel .....

Namnförtydligande .....

Tjänsteställe..... Telefon ..... / .....

Insändes till: Accept, Box 2068, 174 02 Sundbyberg