

Skadeanmälan Avbeställningsförsäkring Accept Försäkringsaktiebolag (publ)

Skadenr (ifylles av Accept)

Insändes till: Accept, Box 2068, 174 02 Sundbyberg, Sverige

Till skadeanmälan måste alltid bifogas:

- Fakturan för researrangemanget där datum och pris för resan, försäkring och skatter framgår.
- Kvitto på betald resa, och om resan är betald med kort, kontoutdrag som visar kortbetalning.
- Läkarintyg i original, ifyllt och undertecknat av legitimerad och ojävig läkare (om sjukdom).
- Avbokningsbekräftelse där avbokningsdatum samt eventuell återbetalning från reseföretaget framgår.
- Övriga handlingar (t.ex. visum) i original som kan vara av betydelse för handläggning av skadan.

Har du betalt resan med betal- eller kreditkort?

- JA Ange bank:..... Typ (Visa, MC):..... Kortnr:.....
- NEJ

Försäkringstagare
(beställare av bokning)

Efternamn		Förnamn	Personnummer
Adress			
Postnr	Postadress	Telefon	
E-post			

Person som avbokats

Efternamn	Förnamn	Personnummer

Person som avbokats

Person som avbokats

Vem drabbades? Kompletteras med läkarintyget i förekommande fall nedan.
Ev. övriga upplysningar lämnas på baksidan eller i en bilaga.

Namn.....	Personnummer:.....
Om ej resedeltagare, ange relation till den försäkrade.....	Anledning till avbokning:.....
Om sjukdom, pågår behandling fortfarande?	
<input type="checkbox"/> JA	
<input type="checkbox"/> NEJ	
Om sjukdom, har den drabbade lidit av samma sjukdom tidigare?	
<input type="checkbox"/> JA Ange när (första gången):.....	
<input type="checkbox"/> NEJ	

Bank till vilken skadeersättningen önskas utbetald:

--

Om svensk bank (om icke-svensk bank, ange BIC/IBAN istället):

Clearingnummer:	Kontonummer:
-----------------	--------------

Har skadan anmälts eller kommer den att anmälas till annat försäkringsbolag/resebyrå/arrangör/annan?

Om ja, ange till vem:
Om utbetalning skett, ange summa:

Jag försäkrar på heder och samvete att alla uppgifter i denna skadeanmälan är sanningsenliga. Jag ger Accept Försäkringsaktiebolag sedan ersättning erhållits, fullmakt att uppbära samtliga återbetalningar från andra försäkringsbolag, resebyrå, researrangör, flygbolag, andra trafikföretag och leverantörer.

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

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

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

KOM IHÅG ATT BIFOGA SAMTLIGA HANDLINGAR ENLIGT SPECIFIKATIONEN ÖVERST!
Handläggning inkl. utbetalning ska ske inom 30 dagar efter det att den försäkrade fullgjort det som åligger denna.



Läkarintyg

Ifylles, stämplas 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 den undersökning/behandling som ligger till grund för utfärdande av detta intyg

Gäller det en kronisk sjukdom eller en sjukdom som patienten lidit av tidigare?

- JA Ange hur länge patienten varit besvärsfri:.....
 NEJ

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

- () Resenären, som är nära anhörig till patienten, bör ej genomföra resan. Detta emedan patientens tillstånd föranleder speciell omvårdnad av resenären.
() Resenären, som är nära anhörig till patienten, kan genomföra resan. Detta emedan patientens tillstånd inte är föranleder speciell omvårdnad av resenären.

Ifylles alltid:

- () Sjukdomen är inte akut
() Sjukdomen är akut
() Graviditet (obs! utgör ej hinder för resan)
() Inget av ovanstående är tillämpligt.....
.....

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

Namnteckning Titel

Namnförtydligande

Tjänsteställe..... Telefon /

Plats för stämpel: