

# Vahinkoilmoitus Peruutusvakuutus

Vahinkonro (Accept täyttää)

Vahinkoilmoitukseen tulee aina liittää seuraavat tositteet:

[Matkapalvelua koskeva lasku, josta käy ilmi matkan päivämäärä ja hinta, vakuutus ja verot.](#)

[Todistus matkan peruuttamisesta, josta käy ilmi peruutuspäivä sekä matkanjärjestäjän mahdollisesti takaisin maksama summa.](#)

Muut sellaiset asiakirjat (esim. viisumit) alkuperäisinä, joilla voi olla merkitystä vahingon käsittelyssä.

Sairaustapauksissa laillistetun ja puolueettoman lääkärin täyttämä, leimaama ja allekirjoittama lääkärintodistus alkuperäisenä.

Kuitti maksetusta matkasta.

## Varauksen tekijä

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Postinro:

Postiosoite:

S-posti:

Puhelin:

## Henkilö, jota peruutus koskee

Nimi:

Henkilötunnus:

Nimi:

Henkilötunnus:

Nimi:

Henkilötunnus:

Peruutuksen syy:

## Sairastunut henkilö

Etunimi, sukunimi:

Henkilötunnus:

Mikäli sairastunut henkilö ei ole matkan osanottaja, ilmoita hänen suhteensa vakuutettuun:

Sairaustapauksissa: jatkuuko sairauden hoito edelleen?

- Kyllä  
 Ei

Sairaustapauksissa: onko sairastunut kärsinyt samasta sairaudesta aikaisemmin?

- Kyllä Ilmoita, kuinka kauan potilaan sairaus on ollut hallinnassa:  
 Ei

Onko vahinko ilmoitettu tai tullaanko se ilmoittamaan jollekin muulle vakuutusyhtiölle/matkatuomistolle/matkanjärjestäjälle/taholle?

- Kyllä Mikäli kyllä, ilmoita minne. Mikäli korvausta on maksettu, ilmoita summa:  
 Ei

Pankki:

BIC:

IBAN:

Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta, että kaikki tässä vahinkoilmoituksessa antamani tiedot ovat totuudenmukaisia. Korvauksen maksamisen jälkeen valtuutan vakuutusosakeyhtiö Acceptin perimään kaikki muiden vakuutusyhtiöiden, matkatuomistojen, matkanjärjestäjien, lentoyhtiöiden, muiden liikennöijien ja toimijoiden maksamat korvaukset.

Paikka:

Päivämäärä:

Allekirjoitus:

## Lähetä vahinkoilmoitus osoitteeseen:

Accept Försäkringsaktiebolag  
Box 2068  
SE-174 02 Sundbyberg  
Sweden

Vahinkoilmoitus käsitellään ja korvaus maksetaan 30 päivän kuluessa siitä, kun vakuutettu on täyttänyt kaikki hänelle kuuluvat velvoitteet.

[info@accept.se](mailto:info@accept.se)

Todistuksen tulee olla lääkärin täyttämä ja allekirjoittama.

Matkustajan nimi:

Henkilötunnus:

Potilaan nimi:

(mikäli ei sama kuin matkustajan nimi)

Henkilötunnus:

Peruutus koskee matkaa:

Varauspäivä:

Lähtöpäivä:

Sen tutkimuksen/hoidon paikka ja aika, jonka vuoksi tämä todistus on annettu:

Tutkimustulokset ja diagnoosi:

ICD-10-koodi:

Onko kyseessä krooninen sairaus tai sellainen sairaus, josta potilas on kärsinyt jo aiemmin?

Kyllä Ilmoita, kuinka kauan potilaan sairaus on ollut hallinnassa:

Ei

**Täytetään matkustajan sairastuttua**

Kehotan potilasta nimenomaan olemaan lähtemättä matkalle, koska potilaan tilan vuoksi matkaa ei voida tehdä ilman, että siitä aiheutuu hänelle = matkustajalle haittaa.

En kehota potilasta olemaan lähtemättä matkalle. Potilaan = matkustajan tila ei aiheuta estettä matkalle.

**Täytetään vakuutetun sukulaisen sairastuttua**

Matkustajan, joka on potilaan läheinen sukulainen, ei pidä lähteä matkalle. Potilaan tila vaatii matkustajan antamaa huolenpitoa.

Matkustaja, joka on potilaan läheinen sukulainen, voi lähteä matkalle. Potilaan tila ei vaadi matkustajan antamaa huolenpitoa.

**Täytetään aina**

Sairaus ei ole akuutti

Sairaus on akuutti

Raskaus (Huom! Raskaus ei estä matkustamista.)

Mikään ylläolevista vaihtoehdoista ei ole sopiva:

Nimenselvennys:

Virka-asema:

Toimipaikka:

Puhelin:

Leimasin:

Paikka:

Päivämäärä:

Allekirjoitus: