

# Skadeanmälan avbeställningsförsäkring

Skadenr (ifylles av Accept)

Använd denna blankett för att ansöka om ersättning när du tvingats avboka din resa. Bifoga följande dokument:

[Bekräftelsen för bokningen där datum och pris för resan samt försäkringar & skatter framgår \(se exempel\)](#)

[Avbokningsbekräftelse där avbokningsdatum samt ev. återbetalning från reseföretaget framgår \(se exempel\)](#)

Övriga handlingar, t.ex. visum, egen beskrivande bilaga eller dödsfallsintyg, som kan vara av betydelse för handläggning av skadan.

Läkarintyg i original, av legitimerad/ojävig läkare (om sjukdom), se exempel nedan.

Kvitto på resan. Om resan är betald med kort, även kontoutdrag som visar kortbetalning samt bank & kortnummer:

Bank:

Kortnummer:

## Huvudresenär (bokat resan):

För- och efternamn:

Personnr:

Gatuadress:

Postnummer:

Postadress:

E-post

Telefonnr:

Hur många har avbokat resan?

Alla på bokningen  
(*namn behöver ej anges*)

Några, ange antal och vem/vilka  
Namn och ålder på personer som avbokats:

stycken

Orsak till avbokning:

*Vem drabbades:*

För- och efternamn:

Personnr:

Om ej resedeltagare, ange relation till den/de som avbokats:

Om sjukdom, pågår behandling fortfarande?

- Ja  
 Nej

Om sjukdom, har den drabbade lidit av sjukdomen tidigare?

- Ja Om ja, ange första gången:  
 Nej

Har skadan anmälts/kommer den att anmälas till annat bolag:

- Ja Om ja, ange bolag och ev. summa som utbetalats:  
 Nej

Bank

Clearingnr:

Kontonummer:

Ort:

Datum:

Underskrift:

## Skickas till:

Accept Försäkringsaktiebolag  
Gustavslundsvägen 147  
167 51 Bromma

eller

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

## Tänk på:

- ✓ Bifoga dokumenten överst
- ✓ Fyll i sanningsenligt
- ✓ Fyll i alla tillämpliga fält
- ✓ Skriv under ansökan

Handläggning skall ske inom 30 dagar från att den försäkrade gjort vad som åligger hen.

Läkarintyget fylls i, stämplas och undertecknas av läkare.

Resenärens namn:

Personnummer:

Patientens namn:  
(om annan än resenären)

Personnummer:

Avbeställning avser resa till:

Inbokningsdatum:

Avresedatum:

Plats och datum för undersökning/  
behandling som ligger till grund för intyget:

Undersökningsresultat och diagnos:

ICD-10-kod:

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

Ja Om ja, ange hur länge patienten varit besvärfri:

Nej

### Fylls i om 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.

### Fylls i om 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.

### Fylls alltid i

Sjukdomen är inte akut

Sjukdomen är akut

Graviditet (obs! utgör ej hinder för resa)

Inget av ovanstående är tillämpligt utan:

Namn:

Titel:

Tjänsteställe:

Telefonnummer:

Plats för stämpel:

Ort:

Datum:

Underskrift: