

För att kunna ge en snabb och effektiv service är det bra om skadeanmälan innehåller

- Försäkringsnummer
- Kopia av resehandlingar
- Beskrivning av den inträffade skadehändelsen
- Arbetsgivarens underskrift erfordras för att ärendet skall kunna handläggas

Alla kostnader/utlägg skall styrkas med kvitton, läkarintyg eller motsvarande i original. Stöld, inbrott, förlust av egendom och rån skall styrkas med polisanmälan i original.

Vid försenad resa eller försenat baggage ska intyg från transportör, t ex. P.I.R rapport, bifogas. Alla kostnader/utlägg under förseningen skall styrkas med kvitton i original.

# Skadeanmälan

## Tjänsteresa

### FÖRSÄKRAD

Personnummer	Försäkringsnummer	
Efternamn	Förnamn	
Bostadsadress	Postnr, postadress och land	
Telefon/Mobil	E-mail	<input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail
Eventuell ersättning utbetalas till: (Observera att samtliga uppgifter måste ifyllas. För IBAN nummer och Swift kod, kontakta din bank.)		
Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl clearing	<input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro
Namn (Om annan betalningsmottagare än försäkrad)	IBAN nummer	Swift kod
Bankens adress		
Till vilket land företogs tjänsteresan?		
Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Vilken typ av försäkring <input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer

### UPPGIFTER OM ARBETSGIVARE/UPPDRAKSGIVARE

Företagets namn	Organisationsnummer	
Adress	Telefonnummer	
Kontaktperson	E-mail	<input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail
Eventuell ersättning utbetalas till arbetsgivaren:		
Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkontonr inkl. clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro	Redovisningskyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### AVBESTÄLLNINGSSKYD D

Anledning till avbeställning	Händelsedatum	Avresedatum
Finns förbeställda evenemang eller hyrbil? Om ja, ange vad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kostnad	
Var sjukdomen/skadan som ligger till grund för avbeställningen känd vid bokningstillfället?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**SJUKDOM ELLER OLYCKSFALL**

Skadelidandes namn		Relation till försäkrad person	
Sjukdomens/Skadans art			
När och var anlätades läkare		Datum	Plats
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum	Går du fortfarande på behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Befaras framtida men?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Nej	Vid ja, vilken typ?	
Har du tidigare lidit av samma sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när och vilken läkare anlätades då	

**FÖRSENAD RESA/BAGAGE – ORIGINALTYGSKALL B IFÖAS**

Förсенad utresa		Planerad utresa	Datum:	Tid
		Verklig utresa	Datum:	Tid
Förсенad hemresa		Planerad hemresa	Datum:	Tid
		Verklig hemresa	Datum:	Tid
Försenat bagage	Ordinarie ankomsttid	Aktuell ankomsttid	Antal timmar	Ersättningskrav
Resestartskydd, orsak till försening				
Reseavbrott, orsak till hemresa				Datum

**FÖRLUST AV ELLER SKADA PÅ EGENDOM**

När och var inträffade eller upptäcktes skadan	Datum	Klockslag, ca	Plats
Var befann du dig vid skadetillfället	Plats		
Var förvarades föremålet			
Var förvaringsplatsen låst och var fanns i så fall nyckeln	<input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/> Ej låst	Förvaring av nyckel	
Stöld, rån, överfall (bifoga polisanmälan)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, uppstod personskador	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**BESKRIVNING AV DEN INTRÄFFADE SKADEFÄNDELSEN**


## ERSÄTTNINGANSPRÅK – ORIGINALKVITTON SKALL BIFOGAS

Specifikation vid behandlingskostnader, ange vad verifikationen avser vid egendom skall, förutom föremålet, anges fabrikat och modell.	Ifylls för egendom			Ersättningsanspråk
	Inköpsår	Inköpspris	Nypris	
Vid behov av ytterligare beskrivning, använd ett separat papper			Summa	

## DEN ANSTÄLLEDDES UNDERSKRIFT – OBLIGATORISKT

Fullmakt för \_\_\_\_\_ (försäkringsbolag, nedan kallat bolaget) att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, Skatteverket eller andra myndigheter och försäkrings-bolag inhämta de upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Bolaget. Fullmakten innefattar även rätt för Bolaget att delge erforderlig information till försäkringskassan.

Bolaget är personuppgiftsansvarig för personuppgiftsbehandlingen till följd av ditt skadeärende. Bolaget har skyldighet att självant lämna dig information om de personuppgifter vi behandlar och vill således göra dig uppmärksam på följande. Ändamålet med behandlingen av dina personuppgifter är försäkringsadministration och skadeutredning rörande eventuell utbetalning av försäkringsersättning. Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss. Personuppgifterna kommer inte att användas till direkt marknadsföring och kommer inte heller att röjas till tredje part för marknadsföring. Har skadehändelsen inträffat i ett annat land eller rör den en utländsk försäkring eller i vissa fall på grund av försäkrings- administration kan dina personuppgifter komma att överföras till ett Bolaget kontor i ett annat land. Dina personuppgifter kan även komma att överföras till ett eventuellt ombud eller en sakkunnig om detta är nödvändigt för utredningen av ditt ärende. Personuppgifterna kan även komma att användas i statistikutskick till ditt företag eller ansvarig försäkringsmäklare. Den kategori av personuppgifter som kommer att behandlas är sådana person-uppgifter som ligger till grund för att beslut skall kunna fattas gällande ditt skadeärende. Detta är således namn, adress, andra kontaktuppgifter, omständigheterna kring skadehändelsen /sjukdomen /olycksfallet, personnummer, kontouppgifter samt efter samråd med dig eventuellt läkar- journaler. Du har rätt att en gång årligen gratis efter ansökan hos oss erhålla information om vilka av dina personuppgifter vi behandlar. Om du önskar ta kontakt med oss med anledning av detta eller för att du önskar att några av dina personuppgifter skall rättas till följd av att dessa är felaktiga eller missvisande kontakter du Adekvat Försäkring.

Genom att lämna dina personuppgifter till Bolaget i samband med din skadeanmälan samtycker du till insamling och bearbetning (inklusive röjande och internationell överföring) av dina personuppgifter. I den utsträckning som du lämnar personuppgifter om någon annan individ intygar du att du har befogenhet att röja hans eller hennes personuppgifter till Bolaget.

Jag samtycker till att Bolaget behandlar personuppgifter om mig i enlighet med det ovanstående.

Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

## ARBETSGIVARENS UNDERSKRIFT ERFORDRAS FÖR ATT ÄRENDET SKALL KUNNA HANDLÄGGAS - EJ OBLIGATORISKT VID PERSONSKADA

Härmed intygas att olycksfallet ägt rum i tjänsten.

Ort och datum	Namnteckning/Namnförtydligande
Firmanamn/stämpel	Telefonnummer