

- olycksfall
 sjukdom
 avbruten resa
 annullerad resa
 försening

Vi ber Er till ansökan foga läkarintyg och räkningar på vårdkostnader

FÖRSÄKRINGS-TAGARE	Den försäkrades fullständiga namn (släktnamn först)		Personbeteckning	
	Postnummer	Postanstalt	Närmare adress	
	Yrke		Telefon/Mobil	Telefon, tjänst
	Postgironr./ Bank, kontor och kontonr.		Giltighetstid	
	Försäkringstagare (om inte samma som den försäkrade)			Telefon
	Postnummer	Postanstalt	Närmare adress	
UPPGIFTER OM OLYCKSFALLET	Tiden för olycksfallet		Platsen för olycksfallet	
	/ 20 kl.			
	Hur inträffade olycksfallet?			
			
			
			
			
			
			
	Ögonvittnens namn och adress			
Person som förorsakat skadan, namn och adress				
Har polisundersökning gjorts?		Var den skadade påverkad av berusande eller narkotiska medel då olycksfallet inträffade?		
<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		
Vilken läkare anlätade Ni i anledning av olycksfallet			När anlätade Ni läkare första gången?	
Skadans art				
.....				
Var Ni sängliggande under resan på grund av olycksfallet? Var och hur länge? (Läkarintyg bör företes för liggdagarna)				
Har den skadade kroppsdelen tidigare skadats vid olycksfall? När?				
<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja				
UPPGIFTER OM SJUKDOMEN	När började sjukdomen?		Var vårdades Ni? (på hotell, sjukhus)	
	Var befann Ni Er då sjukdomen började? Land och ort.		Var Ni sängliggande under resan på grund av sjukdomen?	
	Sjukdomens namn och art		Var och hur länge? (Läkarintyg bör företes för liggdagarna)	
			Har Ni tidigare lidit av liknande sjukdom eller därtill hörande symptom?	
			<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
			När och hurudana?	
När anlätade Ni läkare? Läkarens namn		Ger Er sjukdom upphov till fortsatt vård i hemlandet?		

AVBRUTEN RESA	När började Er resa?	När hade Ni för avsikt att återvända?	När återvände Ni?
	Orsaken till den avbrutna resan. Ifall orsaken är att Ni själv drabbats av olycksfall eller insjuknat, anteckna noggranna uppgifter därom i punkterna "uppgifter om olycksfall eller sjukdom".		
	Utredning av förorsakade kostnader. Har Ni erhållit gottgörelse för den ursprungligen planerade returresan och hur mycket? (Verifikaten bifogas)		
ANNULLE- RAD RESA	När skulle Er resa ha börjat?	När annullerade Ni resan?	
	Annulleringsorsak. Ifall orsaken är att Ni själv drabbats av olycksfall eller insjuknat, anteckna noggranna uppgifter därom i tillämpliga delar i punkterna "uppgifter om olycksfall eller sjukdom".		
	Har Ni av researrangören erhållit gottgörelse för den annullerade resan och hur mycket? (Intyg bifogas)		
FÖRSENING	När skulle Er resa ha börjat?/När skulle återresan ha börjat?/När skulle Ni anlänt?		
	Datum:	Klockslag:	Resrutt:
	Orsaken till förseningen		
Utredning över extra kostnader p.g.a. förseningen (Verifikat bifogas)			
ÖVRIGA UPPGIFTER	Är Ni försäkrad även i ett annat bolag för denna skada? Var? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		
TILLÄGGS- UTREDNING			
VI BER ER SPECIFI- CERA DE OBETALDA RÄKNING- ARNA			
FULLMAKT OCH UNDER- SKRIFT	<p>Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsövård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig, samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga personuppgifter som berör mitt hälsotillstånd åt Försäkrings Ab Alandia för behandling av ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs, kan Försäkrings Ab Alandia överlåta detaljerade uppgifter, som berör mitt hälsotillstånd och min försäkring åt ovannämnda instanser.</p> <p>Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att de uppgifter jag har givit i denna ansökan är riktiga.</p> <p>Ort och datum</p>		
		Den försäkrades underskrift	