

Skadeanmälan Tjänstereseförsäkring

VIATOR
RESEFÖRSÄKRINGAR

Skadenummer:

Försäkring och resdagar – *besvaras alltid*

Tjänsteresan företagen på uppdrag av	Försäkringstagare (arbetsgivare)		Försäkringsnummer
Resdagar och resmål	Avresedatum	Hemkomstdatum	Resmål

Allmänna upplysningar (om den försäkrade) – *besvaras alltid*

Efternamn	Förnamn	Personnummer		
Adress / Box	E-postadress			
Postnummer	Postadress	Telefon dagtid		
Skadan är anmäld till	<input type="checkbox"/> Transportföretag <input type="checkbox"/> Polis <input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Ingen anmälan har gjorts			
Har du betalat vårdkostnader?	Belopp och valuta	<input type="checkbox"/> Nej		
Har du anmält skadan till annat försäkringsbolag?	Försäkringsbolag	Försäkrings-/skadenummer		
Har du hem- eller villahemförsäkring?	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer		
Försäkringsersättningen utbetalas till	Postgiro/personkonto	Bankens namn	Bankkonto	Clearingnr
Anges vid utlandsbetalning	IBAN nummer	SWIFT		
Betalningsmottagare, om annan än den försäkrade	Efternamn / förnamn	Företag	Telefon dagtid	

OBS! Fyll i skadehändelse/sjukdom under passande rubrik. Det är viktigt att du skriver en utförlig redogörelse av det inträffade under skadehändelse samt anger vad du önskar få ersatt under ersättningsanspråk.

Försening

Bifoga i original: Förseningsintyg från transportföretaget. Resestartskydd ska styrkas med relevant intyg.

Bagageförsening	Var uppstod förseningen?	Datum / Klockan	Bagaget levererades (Datum/Klockan)	
Försening av allmänt transportmedel	Var uppstod förseningen?	Vad orsakade förseningen?	Ordinarie avgångstid	Faktisk avgångstid
Resestartskydd	Varför missades avgången?			

Resgodsskydd (förlust av eller skada på medförd egendom)

Bifoga i original: Polisanmälan eller intyg från transportföretag.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats
Var befann du dig vid upptäckten av skadan?	Plats		
Var förvarades egendomen?			
Var egendomen inlåst?	Ange var och hur egendomen var inlåst (t.ex. hotellrum, safe, resväska)		<input type="checkbox"/> Nej
Var förvarades nyckeln?			

Sjukdom / Olycksfall / Kristerapi

Bifoga i original: Läkarityg samt kvitton över dina kostnader.

Wilken sjukdom / olycksfallsskada har du råkat ut för?	Sjukdom / olycksfallsskada		
När och var anlätades läkare / tandläkare?	Datum	Sjukvårdsinrättning	<input type="checkbox"/> Jag anlätade inte läkare
När var du inlagd på sjukhus?	Inskriven datum	Utskriven datum	Sjukvårdsinrättning <input type="checkbox"/> Jag var inte inlagd
Går du fortfarande på behandling?	Sjukvårdsinrättning		<input type="checkbox"/> Nej
Befaras framtida men?	Framtida men som befaras		<input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare haft samma sjukdom / skada?	Datum / Sjukvårdsinrättning		<input type="checkbox"/> Nej

Reseavbrott (outnyttjade resdagar)

Bifoga i original: Läkarityg, kvitton över dina kostnader samt dokument som styrker resans pris.

Dagar som inte kunde utnyttjas på grund av reseavbrott	Från datum	Tom datum	Antal dagar
Varför avbröts resan?			
Vad kostade din resa?	Belopp och valuta		
Merkostnad för hemresa på grund av nödsituation	Belopp och valuta	Vem betalade hemresan?	

Självriskskydd

Bifoga i original: Beslutsbrev från hemförsäkrings-/motorfordonsförsäkringsbolag.

När och var inträffade skadan?	Datum	Klockan	Plats	
Vad blev skadat?	<input type="checkbox"/> Min permanenta bostad <input type="checkbox"/> Min privata bil		Registreringsnummer	Självrisken är (Belopp och valuta)

Överfallsskydd

Bifoga i original: Polisanmälan, läkarityg samt kvitton över dina kostnader.

När och var inträffade överfallet?	Datum	Klockan	Plats	
Finns vittne till skadehändelsen?	Efternamn / Förnamn		Telefon dagtid	<input type="checkbox"/> Nej
Vem är gärningsmannen?	<input type="checkbox"/> Medresenär <input type="checkbox"/> Släkting <input type="checkbox"/> Annan	Efternamn / Förnamn:		<input type="checkbox"/> Okänd
Uppstod personskada?	Beskriv skadan (mer utrymme finns under rubriken "Skadehändelse")			<input type="checkbox"/> Nej
Uppsökte du läkare / sjukhus?	Namn på läkare / sjukhus			<input type="checkbox"/> Nej

Rättsskydd

Bifoga i original: Kvitton över dina kostnader .

När och var inträffade händelsen som orsakat rättstvisten?	Datum	Klockan	Plats
--	-------	---------	-------

Vårdkostnader			
Bifoga i original: Kvitto på vårdkostnader.			
Kvitto nummer	Behandlings-datum	Diagnos / symptom	Belopp och valuta

Resgods (medförd egendom)					
Bifoga i original: Kvitto, garantibevis, fotografier och andra handlingar som kan styrka värde och innehav.					
Egendom / föremål	Fabrikat / modell / beteckning	Begärd ersättning	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpspris, likvärdigt föremål

Underskrift – *besvaras alltid*

Fullmakt	<input type="checkbox"/> Ja. Jag medger genom att kryssa i denna ruta, att läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa och andra myndigheter får lämna Försäkrings-aktiebolaget Viator och Viators skadereglerare sådana upplysningar som de behöver för att kunna bedöma mina ersättningsanspråk.	<input type="checkbox"/> Nej
Genom min underskrift försäkrar jag att fullständiga och sanningsenliga uppgifter lämnats.		
Ort och datum		
Underskrift För omyndig person, vårdnadshavarens underskrift		
Namnförtydligande Texta		

Försäkringstagarens underskrift (arbetsgivaren) – *besvaras alltid*

Genom min underskrift försäkrar jag att den skadedrabbade <ul style="list-style-type: none"> • befann sig på tjänsteresa vid skadetillfället • vid skadetillfället var anställd vid företaget 	Företagets stämpel
Ort och datum	
Underskrift	
Namnförtydligande Texta	Telefon dagtid

Skicka skadeanmälan till

Skicka skadeanmälan, intyg och kvitton i original till:

Europ Assistance/Viator

Box 44095

100 73 Stockholm

Telefon: 08 – 579 379 00