

# Skadeanmälan sjukdom på resa

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Sid 1/2

## Uppgifter om den försäkringen står på

Namn		Personnummer - 10 siffror	
Utdelningsadress		E-post	
Postnummer & postort	Telefon dagtid	Mobil	
Ersättning önskas till Bankkonto <input type="checkbox"/>	Bankens namn	Kontonummer & clearingnummer	
Har någon i familjen hemförsäkring genom sitt fackförbund Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Om ja, ange fackförbund	

## Uppgifter om resan

Resemål (land, ort)	Avresedatum	Hemkomstdatum
Tjänsteresa <input type="checkbox"/>	Företag	
Fritid <input type="checkbox"/>	Researrangör	Finns annan reseförsäkring Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du betalt din resa med betal- eller kreditkort Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kortgivare	Korttyp (ex Mastercard, Visa)
Har någon i familjen hemförsäkring genom sitt fackförbund		Om ja, ange fackförbund
Hur många i familjen var med på resan		

## Uppgifter om sjukdomen

Datum när sjukdomen uppstod		Skadeort/plats	
När och var anlätades läkare			
Har du varit inlagd på sjukhus	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Från datum	Till datum
Går du fortfarande på behandling		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Har du ordinerats sängläge	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Från datum	Till datum
Går du fortfarande på behandling		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Har du tidigare lidit av samma sjukdom	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, var och vilket datum	
Vilka/vem i familjen blev sjuk/sjuka			
Beskriv vad som har hänt (om utrymmet inte räcker till fortsatt då på annat papper)			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

# Skadeanmälan sjukdom på resa

## Kostnader vid olycksfall

Typ av kostnad, läkare, medicin	Belopp	(ange valuta)	Har du betalat	
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

## Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga

Ort och datum

Försäringstagarens egenhändiga namnunderskrift

### Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar  
Konsumentskador  
Box 7830  
103 98 Stockholm

### Bifoga följande med anmälan

- Kvitton i original
- Läkarintyg
- Resehandlingar där resans pris och längd framgår