

SKADEMELDING REISEFORSIKRING

Skademeldingen sendes til:

TMP-access AB, Solid Skadeavdeling, Sveavägen 159, 113 46 Stockholm, Sverige

Telefon: 042-450 33 45

SIDE 1/2

OBS! Blanketten skal skrives under på side 2.

1. Fylles ut ved alle typer henvendelser:

Forsikringsnummer/bookingnummer:		
Navn:		Personnr:
Adresse		Telefon:
Postnr:	Sted:	Mobilnr:
E-post:		
Hvis skaden gjelder bilferie, skriv inn registreringsnummer:		

2. Konto ved utbetaling av forsikringserstatning:

Kontoinnehaver:	Bank:
Iban/swift:	Kontonummer:

3. Reisen gjelder:

<input type="checkbox"/> Tjenestereise	Selskap:	
<input type="checkbox"/> Privat reise	Reisearrangør:	
Avreise:	Hjemreise:	Destinasjon:

4. Opplysninger om medforsikret:

Etternavn:	Fornavn:	Personnr:
Etternavn:	Fornavn:	Personnr:
Etternavn:	Fornavn:	Personnr:
Etternavn:	Fornavn:	Personnr:

5. Øvrige forsikringer:

Har du annen gyldig reiseforsikring?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Selskap:
Har du annen relevant forsikring?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Selskap:
Har du betalt reisen med betalings- eller kredittkort?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, hvilket: Bank: Kortnr:
Har du anmeldt skaden til noen av ovennevnte selskap(er)?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Ref.nr.:

6. Egenandelsskade:

Egenandelen gjelder:	<input type="checkbox"/> Reiseforsikring <input type="checkbox"/> Leiebilsforsikring <input type="checkbox"/> Bilforsikring	Reg.nr.:	
Egenandel kr:	Forsikringsselskap:	Forsikringsnummer:	Skadedato:
Skadeårsak og -sted:			

7. Når skjedde skaden/oppstod sykdommen/ble tap av eiendom konstatert?

Dato:

8. Beskriv hendelsen/sykdomsforløpet detaljert (du kan legge ved separat forklaring):

<hr/> <hr/>

9. Fylles ut ved sykdom/ulykke/skade:

Dato for første legebesøk:		
Sykehusopphold <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Fra:	Til:
Er du fremdeles under behandling <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		
Har du tidligere hatt samme sykdom/skade? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Når:		

10. Fylles ut ved tyveri/tap av eiendom:

Hvem er tyveriet/tapet anmeldt til? Originaldokumenter må vedlegges	<input type="checkbox"/> Politi	<input type="checkbox"/> Transportselskap
	<input type="checkbox"/> Annet:	
Hvor ble gjenstandene oppbevart da skaden skjedde?	<input type="checkbox"/> Bil	<input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Tog <input type="checkbox"/> Fly <input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Buss
	<input type="checkbox"/> Koffert	<input type="checkbox"/> Håndveske <input type="checkbox"/> Annet:
Var oppbevaringsstedet låst?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
Fantes det tegn på innbrudd?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvilke:

11. Skadebeskrivelse:

Beskriv hvordan skaden oppstod:

12. Fylles ut ved forsinket reise/forsinket bagasje:

Når skulle du ha ankommet destinasjonen?	Når ankom du?
Når skulle bagasjen ha ankommet destinasjonen?	Når ankom bagasjen?

13. Erstatningskrav

Ved behandlingskostnader, oppgi hva kostnadene gjelder for (lege, medisiner osv.) Ved eiendom skal, i tillegg til gjenstanden, også fabrikat og modell oppgis	Fylles ut for eiendomsskade			Erstatningskrav
	Innkjøpsår	Innkjøpspris	Nypris	

14. Underskrift og fullmakt

Jeg forsikrer hermed at de opplysningene jeg har oppgitt er sanne og fullstendige. Jeg gir også tillatelse til at lege, sykehus, annen pleieinstitusjon, forsikringsselskap, trygdekontor, kan gi Solid Forsikring de opplysninger om min helsetilstand som selskapet anser seg behøve for å bedømme mitt erstatningskrav. Jeg gir også Solid Forsikring full rådighet over eventuelle utnyttede billetter i saken.		
Dato:	Underskrift:	Gjelder skademeldingen umyndig barn må foresatt skrive under.