



Skadeanmeldelse

for kunder i Handelsbanken



Rejseforsikring

1 Forsikringstager

Kortnummer

Fødselsdato / Cpr.nr.

Navn

Telefon privat

Telefon arbejde

Gade/vej og nr.

Sted (postnr og By)

E-mail

2 Skadelidte

Navn (hvis anden end forsikringstager)

Var der flere fra samme husstand med på rejsen?

Nej

Ja

Navn og alder på disse

Er skaden dækket af andet forsikringsselskab. Hvis ja, hvilket?

Nej

Ja

Er skaden anmeldt til andet forsikringsselskab?

Nej

Ja, til

3 Erstatning udbetales til OBS! Reg nr. og bankkontonummer – obligatorisk opgivelse

Navn

Gade/vej og nr.

Postnummer

By

Bankens navn

Reg nr. og bankkontonummer

4 Beskrivelse af rejsen

Rejsemål

Rejsearrangør

Var er rejsen købt?

Afrejse dato

Hjemrejse dato

5 Oplysninger om skaden ved forsinkelse og selvrisko

Hvilken skade er sket?

Hvornår opstod skaden? (dato og klokkeslet)

Hvordan opstod skaden? (Beskriv hændelseforløbet)

Ved bagageforsinkelse – Har du modtaget erstatning fra flyselskabet eller rejsearrangør?

Ja, med

Nej

Såfremt den forsikrede udsættes for **forsinkelse**, skal der sammen med anmeldelsen fremsendes:

- kvittering for at rejsen er betalt med kortet
- udstedt billet/rejsebevis eller andet, der viser den totale pris, afgang og antal rejsende
- bevis for forsinkelse, der viser den ordinære afgang og den reelle afgang samt årsag (kan rekvireres hos transportselskabet eller rejseselskabet)
- kvittering (original) for indkøb ved forsinkelse af bagage.

Såfremt den forsikrede får fratrukket **selvrisk**, skal der sammen med anmeldelsen fremsendes:

- kvittering for at rejsen er betalt med kortet
- udstedt billet/rejsebevis eller andet, der viser den totale pris, afgang og antal rejsende
- dokumentation til fastsættelse af selvriskoens størrelse og bevis for at erstatning er udbetalt.

6 Ved ulykke og sygdom under rejsen

Hvornår opstod ulykken/sygdommen? (år, mdr., dag)

Hvor opstod ulykken/sygdommen?

Beskrivelse af hændelseforløbet og øvrige omstændigheder

Hvilken legemsdel er skadet?

Risiko for varige mén?

Nej Ja

Hvornår skete henvendelse til lægen?

Lægens og hospitalets navn og adresse

Hvilken læge behandler dig nu? (Lægens og hospitalets navn og adresse)

Er lægebehandlingen afsluttet?

Nej Ja

år, mdr., dag

Har den skadede legemsdel tidligere været skadet?

Nej Ja

Hvornår (år, mdr., dag) og hvordan

Har du anden ulykkesforsikring?

Nej Ja

I hvilket selskab

Er skaden anmeldt der?

Nej Ja

Policenr. (evt. skadenummer)

7 Erstatningskrav ved sygdomsomkostninger

OBS! Udgifter til rejser i forbindelse med pleje og behandling skal i første omgang betales af sygesikringen. Udgifter skal dokumenteres med **originale kvitteringer**.

Behandlingsdatoer	Udgiftstype (lægeregninger, medicin, etc)	Totale udgifter	Tilbagebetalt af forsikring eller sygesikringen	Tilgodehavende

Ved **ulykke** skal der sammen med anmeldelsen fremsendes:

- kvittering for at rejsen er betalt med kortet
- udstedt billet/rejsebevis eller andet, der viser den totale pris, afgang og antal rejsende
- lægeerklæring (original) eller andet, der kan have betydning for bedømmelsen.

8 Underskrift (af værge, hvis skadelidte er umyndig)

Jeg forsikrer at levnede opgivelser ær fuldstændige og overensstemmende med sandheden.

Sted

Dato

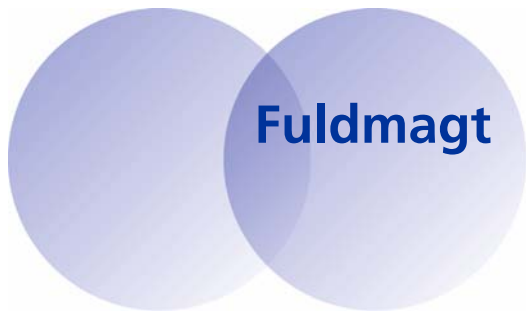
Underskrift

Underskrift i blokbogstaver

9 Information enligt svenska personuppgiftslagen (PuL)

PuL indeholder regler om behandling af personoplysninger. Lovens sigte på at beskytte din personlige integritet. For at kunne opfylde forsikringsaftalen og vore forpligtelser behøver vi at bearbejde personoplysningerne om Dig. Det er oplysninger som f. eks navn, adresse, fødselsdato / Cpr.nr., telefonnummer, e-post-adresse og endvidere forsikringsrelaterede oplysninger så som, hvor relevant, din sundhedstilstand. Oplysningerne leverer først og fremmest du selv, men vi kan ligeledes have behov for at indhente oplysninger fra til eksempel sygesikringen, arbejdsgiver, myndigheder eller læger. Personoplysningerne vil evt. blive behandlet af andre,

som vi samarbejder med for at opfylde vores tillidshverv samt af højere instanser ved prøvelse af vor beslutning om erstatning. Vi kan ligeledes være nødsaget til at give oplysninger om dig på begæring af myndigheder. Alle oplysninger om dig behandles konfidentielt. Du har ret til at få information om de personoplysninger, som findes om dig og ligeledes begære rettelse af fejlagtige oplysninger. En sådan skriftlig anmodning sendes til Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige, Linnégatan 5, Box 5069, 104 42 Stockholm. Ansøgning skal være egenhændigt underskrevet.



At undertegnes ved Sygdom / Ulykke

Fuldmagt for Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige at hos læger, sygehus, sygesikringen eller andre myndigheder, forsikringselskab og arbejdsgiver indhente de oplysninger, som er nødvendige for bedømmelse af mine erstatningssøgsmål.

Til myndighederne regnes bl.a. skattemyndigheden fra hvilken underlag i form af til eksempel opgivelser om indtægt, takserebevis og deklARATIONER kan behøve indhentes.

Fuldmagten omfatter således ret at tag del af t. eks. sygejournaler, lægeerklæring og registerdokumenter fra sygeforsikringen henseende mine sygeskrivningsforhold.

Jeg medgiver at ovenomtalte dokumenter og opgivelser får udleveres til Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige.

Fuldmagten gælder fra udstedelsen og under hele skadereguleringen om den ikke tilbagekaldes. Fuldmagten kan under alle omstændigheder tilbagekaldes af undersigner som da kontakter Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige.

Zurich Insurance plc (Ireland), Filial Sverige
Org. nr. 516403-8266, reg. i Bolagsverkets filialregister
Box 5069
SE-102 42 Stockholm, Sverige
Telefon +46 8 579 330 00
Telefax +46 8 579 331 20

Zurich Insurance plc
a public limited company incorporated in the Republic of Ireland
Registered office: Zurich House, Ballsbridge Park, Dublin 4, Ireland
Reg. no. 13460 in the Corporate Registration Office, Ireland

Because change happenz™

