



Skadeanmälan för kunder i Handelsbanken



Avbeställningsskydd

1 Försäkringstagare (kortinnehavare)

Kortnummer

Personnummer

Namn

Telefonnummer privat

Telefonnummer arbete/mobil

Bostadsadress

Ortsadress (postnr och ortnamn)

E-post

Hemförsäkringsbolag och försäkringsnummer

2 Uppgifter om resan som är betald med Handelsbankskortet

Resmål

Utresedatum

Datum för första betalning

Datum för slutbetalning

Privatresa Tjänsteresa

Deltagare, om andra än försäkringstagaren (namn, personnummer på dessa samt uppgift om huruvida de har kort i Handelsbanken)

Namn

Personnummer

Tillhör kortinnehavarens hushåll

Kort i handelsbanken, vänligen ange kortnummer

		Ja	Nej	
		Ja	Nej	
		Ja	Nej	
		Ja	Nej	
		Ja	Nej	

3 Uppgifter om avbeställningen

Anledning till avbeställningen

Datum för avbeställningen

Är skadan anmäld till annat försäkringsbolag? Om ja, ange försäkringsbolag och försäkringsnummer

Nej Ja

4 Ersättningsanspråk Avbeställningsskydd

Resans totala pris

Återbetalat av researrangör/annan försäkring

Ersättningsanspråk

5 Ersättning utbetalas till OBS! Clearing nr och bankkontonummer – obligatorisk uppgift

Namn

Bostadsadress

Postnummer

Ortnamn

Bankens namn

Clearing nr och bankkontonummer

6 OBS! För prövning måste *samtliga* nedanstående handlingar bifogas skadeanmälan

- Underlag som visar att resan är betald med kortet (kvitto eller kontoutdrag)
- Färdbiljett/resebevis eller andra handlingar som visar resans totala pris, avgångar och resenärer
- Handling från researrangör eller motsvarande, som visar avbeställningen och ev. återbetalning (t.ex. flygskatter).
- Fullständigt ifyllt läkarintyg (uppgifter vi behöver framgår av läkarintyg som bifogas denna skadeanmälan, ta gärna med dig detta till läkaren) och andra handlingar som du tror kan vara av betydelse för bedömningen. Annat läkarintyg kan också accepteras om det av detta tydligt kan utläsas *diagnos, datum för första behandling/undersökning då diagnosen första gången ställdes samt dessutom – vilket är väsentligt - läkarens uttryckliga avrådan från resa.*

7 Underskrift (av målsman om den försäkrade är omyndig)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

8 Information enligt personuppgiftslagen (PuL)

PuL innehåller regler beträffande behandling av personuppgifter. Lagens syfte är att skydda Din personliga integritet. För att kunna fullgöra försäkringsavtalet och våra åtaganden behöver vi bearbeta personuppgifter om Dig. Det är uppgifter såsom i förekommande fall Ditt hälsotillstånd. Uppgifterna lämnar Du i första hand själv, men vi kan även behöva inhämta uppgifter från till exempel försäkringskassan, arbetsgivare, myndigheter eller läkare. Personuppgifterna kan komma att behandlas av andra som vi samarbetar med för att fullgöra vårt

uppdrag samt av högre instans vid överprövning av vårt beslut om ersättning. Vi kan även behöva lämna ut uppgifter som myndigheter begär att få del av. Alla uppgifter om Dig behandlas konfidentiellt. Du har rätt att få information om de personuppgifter som finns om Dig och även begära rättelse av felaktiga uppgifter. En sådan skriftlig begäran framställs till Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige, Linnégatan 5, Box 5069, 104 42 Stockholm. Ansökan ska vara egenhändigt undertecknad.

Avbeställningsskydd (ifylles av läkare)

1 Patient

Namn

Personnummer

2 Vårdgivare

Aktuell klinik/sjukhus

Avdelning

Adress, postadress och postort

Telefon

3 Uppgifter om sjukdomen/olycksfallskadan

Diagnos / Diagnoskod

Datum för första diagnos

Har patienten tidigare haft samma sjukdom? Nej Ja

Om ja, vänligen notera historik och uppgift om dåvarande läkare (om annan än ni)

4 Ifylls endast vid kronisk sjukdom eller andra existerande medicinska tillstånd

Har en akutisering skett? Nej Ja

Om ja, vari består denna

Hur länge har patienten varit symptom- och besvärsfri?

När var patienten senast under behandling?

Har patienten varit i kontakt med läkare i samband med bokning av denna resa? Nej Ja

Om ja, vilket besked gavs till patienten?

5 Är patienten tvingad att avbeställa resan?

Ja Nej

Om ja, vänligen ange skälen

Observera att försäkringen inte ersätter kostnader för läkarintyg eller läkarbesök

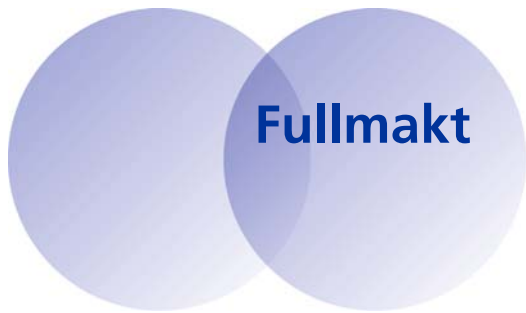
6 Läkarens underskrift

Ort

Datum

Namn-teckning

Namn-förtydligande



Att undertecknas vid Sjukdom / Olycksfall

1 Fullmakt

Fullmakt för Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket, försäkringsbolag och arbetsgivare inhämta de upplysningar, som behövs för bedömning av mitt ersättningskrav.

Fullmakten omfattar således rätt att ta del av t.ex. sjukjournaler, läkarintyg och registerhandling från försäkringskassan avseende mina sjukskrivningsförhållanden.

Jag medger att ovannämnda handlingar och upplysningar får utlämnas till Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige.

Fullmakten gäller från utfärdandet och under hela skaderegleringen om den inte återkallas. Fullmakten kan när som helst återkallas av undertecknad som då kontaktar Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige.

Fullmakten ska skrivas under av den sjukdoms- eller olycksfallsdrabbade

2 Underskrift (av målsman om den sjukdoms- eller olycksfallsdrabbade är omyndig)

Ort

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer (år, månad, dag, nummer)

Zurich Insurance plc (Ireland), Filial Sverige
Org. nr. 516403-8266, reg. i Bolagsverkets filialregister
Box 5069
102 42 STOCKHOLM
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™

