



# Skadeanmälan för kunder i Handelsbanken



## Reseförsäkring

### 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	
		Ja Nej	
		Ja Nej	
		Ja Nej	
		Ja Nej	

### 3 Uppgifter om skadan vid Olycksfallsskada / Sjukdom under resa

Beskrivning av skadan

---

---

---

---

---

När inträffade olycksfallet/sjukdomen? (år, mån, dag)

Var inträffade olyckan/sjukdomen?

När anlätades läkare? (år, mån, dag)

Läkarens och vårdinrättningens namn och adress

---

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

---

### 4 Ersättningsanspråk vid Vårdkostnader

Utgiftsdatum	Utgiftens art, vänligen specificera (läkararvode, medicin, resor, etc)	Ersättningsanspråk
--------------	--	--------------------


### 5 Uppgifter om skadan vid Försening, Bagageförsening vid utresa eller Självriskskydd

Vilken skada är du drabbad av?

---

Beskrivning av skadan

---

---

---

---

---

När uppstod skadan? (datum och klockslag)

Bagageförsening vid utresa. När återficks bagaget? (datum och klockslag)

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

Nej Ja

## 6 Ersättningsanspråk vid Bagageförsening eller Självriskskydd

Ersättningsanspråk

Återbetalat av flygbolag/researrangör/ försäkring

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

Kontohavare (om annan än försäkringstagare)

Bostadsadress

Postnummer

Ortnamn

Bankens namn

Clearing nr och bankkontonummer

## 8 OBS! För prövning måste nedanstående handlingar bifogas skadeanmälan

### Vid samtliga skador

- Underlag visande att resan är betald med kortet (kvitto eller kontoutdrag)
- Färdbiljett/resebevis eller andra handlingar som visar resans totala pris, avgångar och resenärer

### Olycksfallsskada/sjukdom/vårdkostnader (se mer information i försäkringsvillkoren)

- Kvitton i *original* på utgifter **under resan** för vård, medicin, kostnader för lokala resor till läkare etc.
- Läkarintyg i *original* och andra handlingar som kan vara av betydelse för vår bedömning

### Försening av allmänt färdmedel (se mer information i försäkringsvillkoren)

- Förseningsintyg som visar ordinarie och verklig ankomst till resmålet samt orsak till förseningen

### Bagageförsening vid utresa (se mer information i försäkringsvillkoren)

- Intyg om bagageförseningen (s.k. PIR-rapport, kan erhållas av flyg- eller transportbolag)
- Kvitton i *original* på inköp
- Specifikation av vad kvittan avser om detta inte tydligt framgår av kvittot och till vem inköpet gjorts

### Självriskskydd (se mer information i försäkringsvillkoren)

- Dokumentation som visar självriskens storlek samt att ersättning utbetalats från hem- eller bilförsäkring eller
- Dokumentation som visar självriskens storlek, att hyrbilskostnaden betalats med kort i Handelsbanken samt att skadan reglerats genom hyrbilens försäkring.

## 9 Underskrift (av målsman om den försäkrade är omyndig)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort

Datum

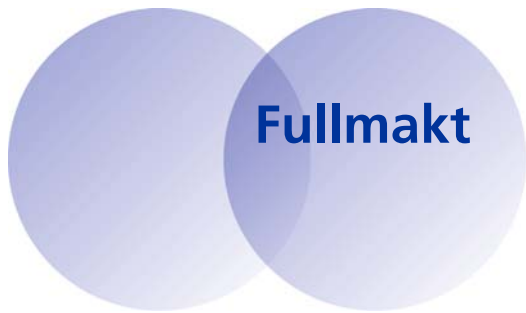
Underskrift

Namnförtydligande

## 10 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.



## 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.

Vidare överlåter jag min rätt till ersättning från Försäkringskassan till Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige för vårdkostnader och andra kostnader som i samband med detta skadeärende **har ersatts** av Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige eller av SOS International, Danmark (för Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige's räkning).

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™*

