

Följande ska bifogas:

- Resehandlingar som visar resans pris och längd
- Läkarintyg
- Dokumentation i original för ersättningskrav, t.ex. läkarvårdskvitton och medicinkvitton

<b>Försäkringsnummer</b>	Försäkringsnummer	Eventuellt skadenummer:
<b>Försäkringstagare</b>	Namn:	Personnr:
	Tel. arbete/privat:	E-mail:
<b>Bankupplysningar</b>	Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Personkonto	
	Kontoinnehavare: _____	Bank: _____
	Claringnummer: _____	Kontonummer: _____

### Allmänna uppgifter

<b>Den sjuka/skadade</b>	Namn:	Personnr:
<b>Andra försäkringar/ kreditkort</b>	Finns annan rejseförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - ange bolag och försäkringsnummer: Bolag: _____ Försäkringsnummer: _____ Anmält: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

### Uppgifter om resan

<b>Uppgifter om resan</b>	Avresedag:	Hemresedag:	Resmål, land och ort
	Resans pris (t.ex. flyg- och boendekostnad)		Resan företagen som <input type="checkbox"/> Tjänstresa <input type="checkbox"/> Semesterresa
<b>Resedeltagare</b>	Ange namn och personnummer på medföljande medförsäkrade:		
	Namn: _____	Personnummer: _____	
	Namn: _____	Personnummer: _____	
	Namn: _____	Personnummer: _____	
	Namn: _____	Personnummer: _____	

### Uppgifter om sjukdomen/olycksfallet

<b>Uppgifter om sjukdomen/olycksfallet</b>	Sjukdomens/skadans art, Diagnos		
	När anlitades läkare		Skadedatum
	Var anlitades läkare, ort	Inlagd på sjukhus	Fr o m – T o m datum
<b>Läkarupplysningar</b>	Namn på den skadades egen läkare i Sverige:		
	Adress:		
	Postnr:	Ort:	
	Har du tidigare haft samma symtom/sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ___ / ___ år ___		

