



ace europe

Skadeanmälan
DanskeBank

Skadenummer (ifylles av ACE)

Försäkrad person

Kortutgivare		Kortnummer	
Efternamn		Förnamn	Personnummer
Bostadsadress		Postnr, postadress och land	
Telefon	Mobil	E-mail <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till: (Observera att samtliga uppgifter måste ifyllas).			
Bankens namn		Bankkonto inkl clearing	<input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro
Har ni tecknat annan reseförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer
Har du en försäkring via ett kreditkort? (Ex. Mastercard, Eurocard, Diners etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer
Har anmälan gjorts till din hemförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer

Skadelidande om annan än kortinnehavaren

Efternamn		Förnamn	Personnummer
Bostadsadress		Postnr, postadress och land	
Telefonnummer hem/arbete		E-mail	
Anknytning till kortinnehavaren			

Resuppgifter

Avresedatum	Från	Till
Hemresedatum	Från	Till
Resans syfte, privatresa eller affärsresa	Ev. vistelseadress om annan än bostadsadress	
Ange tid för vistelsen	Resebolag	

Underskrift – Obligatorisk

Undertecknad intygar att alla uppgifter i detta formulär är korrekta och har besvarats efter bästa förmåga, och att ingen information som är relevant för ersättningsanspråket har undanhållits. Underskrift ger även försäkringsbolaget fullmakt att hämta in läkarjournaler vid behov.

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

*Observera att kontoutdrag som styrker att betalning av resa med kort/konto alltid skall bifogas skadeanmälan.

Kortfattad beskrivning av skadehändelsen

Vänligen vänd!

Olycksfall

Skadans art		När inträffade olycksfallet?	
När och var anlätades läkare?	Datum	Plats	
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum	
Går ni fortfarande på behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Vid ja, vilken typ?	

• Dokument som ska bifogas denna anmälan:

- I händelse av olycksfallsskada (bestående invaliditet):
 - Läkarintyg
 - Kopia av resebevis eller flygbiljett i original
- I händelse av dödsfall (dödsfall genom olyckshändelse):
 - Dödsattest
 - Intyg som styrker testamentstagare
 - Samtliga fakturor och dokument som rör hemsändning av kvarlevor
 - Den försäkrades dödsbos eller juridiska ombuds namn och adress

Sjukhusvistelse och sjukvårdskostnader vid utlandsresa

Sjukhusvistelse utomlands (Dagsersättning):	
Antal dagars sjukhusvistelse	Sjukhusets namn och adress
Vårdkostnader:	
Belopp	Ersättning från andra försäkringar

• Dokument som ska bifogas denna anmälan:

- Läkarintyg
- Originalkvitton för samtliga medicinska utlägg
- Kopia av resebevis eller flygbiljett i original

Försenad resa/försenat bagage/förlorat bagage

Försenad utresa	Planerad utresa Datum:	Tid	Verklig utresa Datum:	Tid
Försenad hemresa	Planerad utresa Datum:	Tid	Verklig utresa Datum:	Tid
Försenat bagage	Ordinarie ankomsttid	Aktuell ankomsttid	Antal timmar	Ersättningskrav i SEK
Orsak till försening				

• Dokument som ska bifogas denna anmälan:

- Kopia av resebevis eller flygbiljett i original
- Intyg som stärker bagageförsening utfärdat av luftfartsverket eller transportföretagets representant (PIR-rapport) samt intyg då bagaget återlämnas.
- Originalkvitton för utlägg

Försenad resa eller missad anslutning

Beskrivning av omständigheterna bakom och orsaken till förseningen/missad anslutning

• Dokument som ska bifogas denna anmälan:

- Kopia av resebevis eller flygbiljetter i original
- Förseningsintyg som visar ordinarie avgång och verklig avgång samt orsaken till försening
- Originalkvitton för utlägg
- Uppgifter om eventuell ersättning från transportföretag (ex. flyg- eller tågbolag)
- Förteckning över utlägg som uppstått som en följd av förseningen

Förteckning över utlägg

Bilagenummer + beskrivning	Datum för utlägg	Valuta	Belopp	Belopp i kronor
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Summa				

Var vänlig numrera och häfta samman de dokument som styrker dina utlägg.

Allrisk

Beskrivning av händelseförloppet

Datum	Plats		
Skadat/förlorat föremål		Fabrikat/modell	
Inköpspris	Inköpsdatum	Reparationskostnad/inköpspris för likvärdigt föremål idag	

• **Dokument som ska bifogas denna anmälan:**

- Originalkvitto för den skadade egendomen

Förteckning över utlägg (vänligen specificera varje kostnad separat)

Bilagenummer + beskrivning	Datum för utlägg	Valuta	Belopp	Belopp i kronor
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Summa				

Var vänlig numrera och häfta samman de dokument som styrker dina utlägg.

Ansvarsförsäkring under utlandsresa

Datum då skadan skedde:	Plats där skadan inträffade:
Beskriv kortfattat händelseförloppet och varför ni anser att ni är ansvarig för det inträffade:	
Uppgifter om tredjeman	
Namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postadress
Uppgifter om eventuell lokal myndighet	
Namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postadress
Eventuella vittnens namn och adress:	

• **Dokument som ska bifogas denna anmälan:**

- Kopior av korrespondens med tredjeman
- Kopia av eventuell skadeanmälan till lokal myndighet

Avbeställningsskydd /reseavbrott

Bokningsdatum	Avbokningsdatum	Yrkad ersättning (kr)	Resans pris utan avbeställningsskydd, kr.
Har ni mottagit någon ersättning av researrangör? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, belopp	Hur mycket utgör ert krav? SEK	

• **Dokument som ska bifogas denna anmälan:**

- Originalbokning/biljett med resans pris
- Bekräftelse på avbokning
- Kontoutdrag/betalsätts underlag
- Läkarintyg med diagnose och behandlings plan

Överfall

Polisanmälan	Datum för polisanmälan av stölden på plats:	Ärendenummer på polisrapport:
Adress till lokal polismyndighet:	Krävdes sjukhusbesök i samband med överfallet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Medicinkostnad

• **Dokument som ska bifogas denna anmälan:**

- Kvitto på läkemedelskostnad
- Läkarintyg



ace europe

ACE European Group UK Limited filial Sverige, Birger Jarlsgatan 43, Box 868, 101 37 Stockholm
Tel +46 0752 4801 00, Fax 08-692 54 10, skador.ddb@acegroup.com

Försäkringsbolag under tillsyn av Finansinspektionen, Org nr 516403-5601

Huvudkontor: ACE European Group Limited, Aktiebolag, registrerat i England, registreringsnummer 1112892
100 Leadenhall Street, London EC3A 3BP, UK