

# SKADEANMÄLAN RESEFÖRSÄKRING

SIDA 1/4

Fullständig Skadeanmälan skickas till:

SOLID Försäkringar, Box 22068, 250 22 Helsingborg, Sverige

Telefon: +46 13 13 13 13, Fax: +46 42 38 20 80

**OBS! Blanketten skall undertecknas på sida 2.**

## 1. Besvaras vid alla typer av händelser:

Försäkringsnummer:		
Namn:		Personnr:
Adress:		Telefon:
Post nr:	Ort:	Mobilnr:
E-mail:		
Avser skadan bilsemester, fyll i reg.nr:		

## 2. Konto vid utbetalning av försäkring ersättning:

Kontoinnehavare:	Bank:
Clearingnr:	Kontonummer:

## 3. Resan avser:

<input type="checkbox"/> Tjänsteresa	Företag:	
<input type="checkbox"/> Privat resa	Researrangör:	
Avresa:	Hemresa:	Destination:

## 4. Uppgifter om medförsäkrad:

Efternamn:	Tilltalsnamn:	Personnr:
Efternamn:	Tilltalsnamn:	Personnr:
Efternamn:	Tilltalsnamn:	Personnr:
Efternamn:	Tilltalsnamn:	Personnr:

## 5. Övriga försäkringar:

Finns hem-/villaförsäkring?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Företag:
Finns annan giltig försäkring?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Företag:
Har Du betalt Din resa med Betal- eller kreditkort?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, ange vilket kort? Bank: Kortnr:
Har Du anmält händelsen till någon av ovanstående?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ref.nr.:

## 6. Självriskskada:

Självrisken avser:	<input type="checkbox"/> Hem/ villaförsäkring	<input type="checkbox"/> Hyrbilsförsäkring	<input type="checkbox"/> Bilförsäkring Reg.nr. _____
Självrisk kr:	Försäkringsbolag:	Försäkringsnummer:	Skadedatum:
Skadeorsak och plats:			

## 6. När inträffade skadan/uppstod sjukdomen/konstaterades egendomsförlusten?

Datum:
--------

## 7. Beskriv händelse-/sjukdomsförloppet i detalj:

(separat redogörelse går bra att bifoga):

<hr/> <hr/>
-------------

Trygghet utöver det vanliga!

Postadress:  
SOLID Försäkringar  
Box 22068  
250 22 Helsingborg  
SVERIGE

Telefon: +46 13 13 13 13  
Fax: +46 42 38 20 80  
E-mail: kunder@solidab.se  
Hemsida: www.solidab.se  
Moms-nr: SE516401848201  
Pg: 640 17 47- 8, Bg: 5876-0273

**SOLID**<sup>®</sup>  
FÖRSÄKRINGAR

**8. Ifylles vid sjukdom/olycka/skada:**

När skedde första läkarbesöket? Datum:		
Sjukhusvistelse? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Från: <input type="checkbox"/>	Till: <input type="checkbox"/>
Behandlas Du fortfarande? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har Du tidigare haft samma eller liknande sjukdom/skada?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	När:

**9. Ifylles vid stöld/förlust av egendom:**

Vem är stölden/förlusten rapporterade till?	<input type="checkbox"/> Polis <input type="checkbox"/> Transportbolag	Originalhandlingar ska bifogas
	<input type="checkbox"/> Annat:	
Var förvarades föremålen när skadan inträffade?	<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Lägenhet <input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Flygplan <input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Buss	
	<input type="checkbox"/> Annat: <input type="checkbox"/> Resväska <input type="checkbox"/> Handväska	
Var förvaringsstället låst?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Fanns det tecken på inbrott?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka:	

**10. Skadehändelsen:**

Beskriv här hur skadan inträffat:

**11. Ifylles vid försenad resa/försenat bagage:**

När skulle Du ha anlänt till destinationen?	När anlände Du?
När skulle bagaget ha anlänt till destinationen?	När anlände det?

**12. Ersättningsanspråk:**

Specifikation Vid behandlingskostnader, ange vad verifikationen avser Vid egendom skall, förutom föremålet, anges fabrikat och modell	Ägare	Ifylls för egendom			Ersättningsanspråk
		Inköpsår	Inköpspris	Nypris	

Trygghet utöver det vanliga!

**Behandlande läkare i Sverige**

Läkarens namn:		Sjukhus/ vårdcentral:	
Adress:	Postnr:	Ort:	Telefonnr:

**Underskrift för fullmakt:**

Datum:	Namn:
--------	-------

**OBLIGATORISK UNDERSKRIFT OCH FULLMAKT** - Ger SOLID möjlighet att handlägga ärendet snabbare vid sjukdom/ olycksfall.

Fullmakt för SOLID Försäkringar att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket, inhämta upplysningar och återkräva ersättning för sjukvårdskostnader i EU/EES och andra länder, som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar rätt att ta del av sjukjournaler och läkarintyg avseende mina sjukskrivningsförhållanden.

Jag medger att ovannämnda handlingar får utlämnas till SOLID Försäkringar, oavsett bestämmelserna i sekretesslagen. Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum:	Namn:
--------	-------

**14. Ifylles vid alla typer av händelser:**

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna SOLID Försäkringar de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Datum: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_  
(Avser anmälan omyndigt barn gäller vårdnadshavarens underskrift)

**OBS: Se bilaga för de handlingar du måste bifoga med skadeanmälan.**

Trygghet utöver det vanliga!

Postadress:  
SOLID Försäkringar  
Box 22068  
250 22 Helsingborg  
SVERIGE

Telefon: +46 13 13 13 13  
Fax: +46 42 38 20 80  
E-mail: kunder@solidab.se  
Hemsida: www.solidab.se  
Moms-nr.: SE516401848201  
Pg: 640 17 47- 8 , Bg: 5876-0273

**SOLID**<sup>®</sup>  
FÖRSÄKRINGAR

# Skadereglering resor

## Viktig information gällande din skadeanmälan:

- Bifoga alla handlingar i **original**.
- Uppge alltid hemförsäkringsbolag och försäkringsnummer.
- Skriftlig skadeanmälan ska sändas till Solid senast inom 6 månader efter hemkomsten eller om det gäller avbeställning senast 6 månader efter avresedatum

## Detta ska bifogas med din skadeanmälan:

### Vid avbeställning

- Bokningsbekräftelse, resebevis eller dylikt där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Kvitto på att resan är betald inkl summa, betalningsdatum, betalningssätt.
- Läkarintyg där datum för första behandling, diagnos, datum för avrådan samt om sjukdomen är akut eller kronisk framgår (använd gärna Solids egna läkarintyg)
- Avbokningsbekräftelse där avbokningsdatum samt eventuell återbetalning från resebolaget framgår.

### Vid flygförsening/missad anslutning

- Bokningsbekräftelse, resebevis eller dylikt där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Förseningsintyg inkl längd på försening samt förseningsorsak.
- Kvitton i original på eventuella merkostnader.

### Vid bagageförsening

- Bokningsbekräftelse, resebevis eller dylikt där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Förseningsintyg inkl längd på försening samt eventuell ersättning.
- Kvitton i original på eventuella merkostnader.
- PIR – rapport

### Vid självriskreducering

- Bokningsbekräftelse, resebevis eller dylikt där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Beslut från hem-/bilförsäkring inkl ersättning, självrisk, skadedatum samt skadeplats.

### Vid avbruten resa

- Bokningsbekräftelse, resebevis eller dylikt där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Kvitto inkl färdplan och pris per person.
- Läkarintyg där datum, diagnos, antal dagar inlagd/ordinerad sängläge/vila/avstå från viss aktivitet samt där det framgår om vård av medresenär krävs.

### Vid sjukdom eller olycksfall

- Bokningsbekräftelse, resebevis eller dylikt där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Läkarintyg där datum, diagnos samt ordinerad behandling framgår.
- Recept
- Kvitton i original på läkar- & medicinkostnader.

### Vid egendomsskada

- Polisrapport/skaderapport från transportör (inkl datum, händelseförlopp, skadat/stulet gods)
- Kvitton, garantibevis eller dylikt där inköpsdatum och pris framgår.
- Eventuellt kostnadsförslag eller kvitto på reparation.
- Eventuellt beslut om ersättning från hemförsäkring/transportör.

*Trygghet utöver det vanliga!*

Postadress:  
SOLID Försäkringar  
Box 22068  
250 22 Helsingborg  
SVERIGE

Telefon: +46 13 13 13 13  
Fax: +46 42 38 20 80  
E-mail: kunder@solidab.se  
Hemsida: www.solidab.se  
Moms-nr: SE516401848201  
Pg: 640 17 47- 8 , Bg: 5876-0273

**SOLID**<sup>®</sup>  
F Ö R S Ä K R I N G A R