

Häfta inte, använd gem! Vi skannar in bilagorna

Försäkringstagare

Namn	
Adress	
Postnummer	Ort
E-post	

Skadenr

(fylls i av Codan)

Försäkringsnummer	9006044872
Telefon	
Personnummer	

Underskrift

Intygande

Jag intygar att de svar och uppgifter jag har lämnat är sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga uppgifter eller utelämnanden kan leda till att ersättningen minskas eller bortfaller helt.

Jag lämnar även mitt medgivande till att inhämta de journaler/uppgifter som krävs för att bedöma skadan samt klargöra frågeställning i samband med detta. Jag ger även mitt medgivande till att journaler/uppgifter lämnas till andra företag, dit skadan också har anmälts.

Om skadan anmälts till Arbetsmarknedets Erhvervsikring eller polisen ger jag mitt medgivande till att ytterligare uppgifter inhämtas därifrån.

Codans behandling av dina uppgifter

Codan sparar dina uppgifter. Codan kan inhämta flera uppgifter om dig och din skada via offentligt tillgängliga medier, källor och vittnen osv. för att bedöma din skadeanmälan och de framställda kraven. Codan sparar uppgifter så länge som de kan behöva användas för din försäkring och de anmälda skadorna.

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Viktigt!	Om du inte skickar alla nödvändiga uppgifter och bilagor kan det förlänga ärendehanteringstiden. Det beror på att det då blir nödvändigt att ställa ytterligare frågor och att vänta på bilagorna. Obs! Utgifter för läkarintyg och annan dokumentation betalas av försäkringstagaren.		
Skadelidande	Namn		Personnummer
	Adress		
	Postnummer	Ort	
Rese-deltagare	<input type="checkbox"/> Make/maka/sambo <input type="checkbox"/> Barn/svårson/svårdotter/barnbarn		<input type="checkbox"/> Svåger/svåggerska <input type="checkbox"/> Föräldrar/svårföräldrar
	<input type="checkbox"/> Mormor/farmor/morfar/farfar <input type="checkbox"/> Ledsagare		<input type="checkbox"/> Bror/syster <input type="checkbox"/> Försäkringstagaren själv
Ifylls endast vid avbeställning	Syfte: <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Affärsresa <input type="checkbox"/> Semester och affärsresa <input type="checkbox"/> Annat:		
	När beställdes resan? (dag/månad/år)		Resmål/land:
	Planerad avresedag dag/månad/år	Returdatum dag/månad/år	Har resan avbeställts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:
Uppgifter om skadan	När uppstod skadan/sjukdomen? (dag/månad/år)		Klockan (0-24)
	Datum och klockslag för första läkarbesök (dag/månad/år)		Klockan (0-24)
	Datum och klockslag för ev. sjukhusinläggning (dag/månad/år)		Klockan (0-24)

Andra försäkringar/kreditkort	Har du tecknat någon annan reseförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - ange försäkringsbolag och försäkringsnummer:		Anmält: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Har du en försäkring som är knuten till ett kreditkort (Mastercard, Eurocard, Diners osv.)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
	Ange kreditkort och bank (MasterCard, EuroCard, Diners Club osv.)		Kontonummer	
	Ange typ av kreditkort (bas, platina, stjärna osv.)			
Köp av resan	<input type="checkbox"/> Kreditkort* <input type="checkbox"/> Företagsresekonto* <input type="checkbox"/> Kontant/direktbetalning <input type="checkbox"/> Visa/Dankort * Om betalningen gjordes med kreditkort/företagsresekonto ska du observera följande: Kom ihåg att bifoga dokumentation som visar att resan har betalats med kreditkort/företagsresekonto			
	Ange kreditkort och bank (MasterCard, EuroCard, Diners Club m.m.)		Kontonummer	
	Ange typ av kreditkort (bas, platina, stjärna osv.)			
Polisanmälan	Har skadan polisanmäls? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Togs ett blodprov? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Läkaruppgifter	Namn på den skadelidandes egen läkare			
	Adress			
	Postnummer		Ort	
Uppgifter om skadan/sjukdomen	Beskriv händelsen i detalj. Bifoga ev. separat redogörelse.			
	Har du tidigare haft samma symtom/sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, (dag/månad/år)			
Ersättningskrav Kom ihåg att bifoga originaldokumentation för ersättning	Redogörelse för kravet:		Valuta	Belopp
Bankuppgifter	Ange clearingsnummer och kontonummer i den bank som ska användas vid skadehanteringen. Uppgifterna behandlas konfidentiellt.			
	Bank		Clearingnummer	Kontonummer

Anmälan skickas till:

Codan, Gammel Kongevej 60, 1790, DK-1790 København V, Danmark
eller till rejse@codan.dk.

Kom alltid ihåg att redogöra för och specificera ditt ersättningskrav, t.ex. "flygbiljetter, 4 000 DKK", "läkarbesök för xxx, 70 USD".

Bifoga följande dokument tillsammans med skadeanmälan:

- Resebevis och/eller flygbiljetter.
- Originaldokumentation avseende ersättningskravet, t.ex. läkarintyg och läkarkostnader.
- Dokumentation som visar att resan betalats med kreditkort och/eller företagsresekonto, om så är fallet.

Ved avbeställning av resa ska följande bifogas:

- Dokumentation av resans pris (transport, logi och övriga arrangemang).
- Eventuell dokumentation från researrangören med angivande av återbetalning.