

Vi hanterar din skada snabbt och smidigt

Mer information finns på [www.vardia.se](http://www.vardia.se)

Sid 1/2

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

## Uppgifter om den försäkringen står på

Namn

Personnummer - 10 siffror

Utdelningsadress

E-post

Postnummer & postort

Telefon dagtid

Mobil

Ersättning önskas till

Bankens namn

Kontonummer & clearingnummer

Bankkonto

Har någon i familjen hemförsäkring genom sitt fackförbund

Om ja, ange fackförbund

Ja  Nej

## Uppgifter om resan

Resemål (land, ort)

Avresedatum

Hemkomstdatum

Tjänsteresa

Företag

Fritid

Researrangör

Finns annan reseförsäkring

Ja

Nej

Har du betalt din resa med betal- eller kreditkort

Kortgivare

Korttyp (ex Mastercard, Visa)

Ja  Nej

Hur många i familjen var med på resan

## Uppgifter om olycksfallet

Datum när olycksfallet inträffade

Skadeort/plats

När och var anlätades läkare

Har du varit inlagd på sjukhus

Ja  Nej

Från datum

Till datum

Går du fortfarande på behandling

Ja  Nej

Har du ordinerats vila inomhus

Ja  Nej

Från datum

Till datum

Går du fortfarande på behandling

Ja  Nej

Vilka/vem i familjen råkade ut för olycksfallet

Beskriv vad som har hänt (om utrymmet inte räcker till fortsätt då på annat papper)

---



---



---



---



---



---



---

**Kostnader vid olycksfall**

Typ av kostnad, läkare, medicin	Belopp	(ange valuta)	Har du betalat
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

**Underskrift**

Med denna skadeanmälan garanterar du att samtliga lämnade uppgifter är sanningsenliga. Med din underskrift medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna Vardia Försäkring AB de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bolaget anser sig behöva för att bedömma mina ersättningsanspråk.

Ort och datum

Försäkringstagarens egenhändiga namnunderskrift

**Skadeanmälan skickas till:**

Skador  
Vardia Försäkring  
FE 50361  
832 82 Frösön

**Bifoga följande med anmälan**

- Kvitton i original
- Läkarintyg
- Resehandlingar där resans pris och längd framgår