

Vi hanterar din skada snabbt och smidigt

Mer information finns på www.vardia.se

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Sid 1/2

Uppgifter om den försäkringen står på

Namn		Personnummer - 10 siffror	
Utdelningsadress		E-post	
Postnummer & postort	Telefon dagtid	Mobil	
Ersättning önskas till Bankkonto <input type="checkbox"/>	Bankens namn	Kontonummer & clearingnummer	
Har någon i familjen hemförsäkring genom sitt fackförbund Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Om ja, ange fackförbund	

Uppgifter om resan

Resemål (land, ort)	Avresedatum	Hemkomstdatum	
Tjänsteresa <input type="checkbox"/>	Företag		
Fritid <input type="checkbox"/>	Researrangör	Finns annan reseförsäkring	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du betalt din resa med betal- eller kreditkort Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kortgivare	Korttyp (ex Mastercard, Visa)	
Har någon i familjen hemförsäkring genom sitt fackförbund		Om ja, ange fackförbund	
Hur många i familjen var med på resan			

Uppgifter om sjukdomen

Datum när sjukdomen uppstod		Skadeort/plats	
När och var anlätades läkare			
Har du varit inlagd på sjukhus	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Från datum	Till datum
		Går du fortfarande på behandling	
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"/>
Har du ordinerats vila inomhus	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Från datum	Till datum
		Går du fortfarande på behandling	
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"/>
Har du tidigare lidit av samma sjukdom	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, var och vilket datum	

Vilka/vem i familjen blev sjuk/sjuka

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. Jag 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