

Försäkring nr

Anmälan avser

Reseavbrott
 Resgodsförsening/reseförsening/resestartskydd
 Inbrott/Stöld
 Annan skadehändelse
 Sjukdom/olycksfall

Personuppgifter

Efternamn		Förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Personnr (år, mån, dag och nr)	
Adress					
Postnummer		Ort		Yrke	
Ersättningen insättes på privat, PlusGiro, Bankgiro, Bankkontonr			Telefon bostaden inkl riktnr		Telefon arbete inkl riktnr
Hemförsäkring nr		Försäkringsbolag			

Uppgifter om arbetsgivare/uppdragsgivare

Namn		Organisationsnummer	
Adress		Telefon inkl riktnr	
Ersättningen insättes på privat, PlusGiro, Bankgiro, Bankkontonr		Redovisningskyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Skadeuppgifter

Skadedatum	Tid för tjänsteresan, ange restid enligt resebevis, biljett, faktura eller dylikt	fr o m	t o m	Resmål	
Reseavbrott	Orsak till hemresa			Datum och klockslag	
Resgodsförsening Reseförsening Resestartskydd	Ordinarie ankomsttid				
	Ankomsttid p g a försening				
	Orsak till försening				
				Intyg från transportföretag, trafikansvarig eller bärgning bifogas.	
Inbrott Stöld	<input type="checkbox"/> Polletterad egendom	Vid förlust under flygresan – bifoga anmälan från flygbolaget (s k PIR-rapport)!			
	<input type="checkbox"/> Hotell	Förvarades egendomen särskilt inlåst i skåp, låda, resväska?		<input type="checkbox"/> Ja, förvarades i <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Bil	Var förvarades egendomen i bilen?		Försäkringsbolag	
		Registreringsnummer			
	<input type="checkbox"/> Annat transportmedel	Typ av transportmedel (ange vilket)?			
		Förvarades egendomen särskilt inlåst i skåp, låda, resväska eller liknande?			
	<input type="checkbox"/> Arbetsplats	Förvarades egendomen särskilt inlåst i skåp, skrivbordslåda eller liknande?		<input type="checkbox"/> Ja, förvarades i <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Annan plats	Var?			
		Var egendomen inlåst? (förvaringsbox etc)			
	<input type="checkbox"/> Rån, överfall, väskryckning	Uppstod personskada?			
<input type="checkbox"/> Ja, (bif. av läkarintyg)		<input type="checkbox"/> Nej			
Beskriv händelseförloppet på baksidan!					

Annan skadehändelse	

Beskrivning av händelseförloppet samt övriga upplysningar

Tillhör egendomen annan än den försäkrade eller är den inköpt begagnad av er, skall detta särskilt anges

Föremål	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpsvärde	Ersättningsanspråk

Skadeuppgifter sjukdom/olycksfall

Ort där vården meddelats	Ort	Vilket datum anlitas läkare?
Inlagd på sjukhus	fr o m t o m	Sjukhusets namn
Av läkare ordinerat sängläge på hotellrum	fr o m t o m	Frisk fr o m
När inträffade sjukdomen/olycksfallet?	år mån dag kl <input type="checkbox"/> på fritid <input type="checkbox"/> i arbetet <input type="checkbox"/> på väg till/från arbetet	
Vilken sjukdom/skada har du pådragit dig?		
Hur gick olycksfallet till?		
Har ni tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	I så fall när? Sjukdomens/skadans art

Uppgifter om läkekostnader OBS! Utgifterna skall styrkas med originalverifikationer

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Total kostnad	Ersatta av försäkringskassa	Återstående belopp	Verifikationer

Den försäkrades underskrift. Erfordras för att ärendet skall kunna handläggas

Jag försäkrar härmed, att samtliga upplysningar i denna anmälan är fullständiga och riktiga samt att vårdbehovet inte förelegat vid avresan från Sverige utan uppkommit vid tillfällig vistelse utomlands. Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdanstalt samt de läkare som behandlar eller tidigare behandlat mig får lämna Trygg-Hansa alla för bedömande om ersättningskravet erforderliga uppgifter. I de fall anmälan avser förlust av egendom, förbinder jag mig att snarast underrätta Trygg-Hansa om ersatt egendom kommer till rätta.

Ort och Datum	Namn-teckning
---------------	---------------

Försäkringstagarens underskrift

Härmed intygas att anmäld skada inträffat under tjänsteresa

Datum	Namn-teckning	Firmanamn/stämpel	Telefonnummer
-------	---------------	-------------------	---------------