

SKADEANMÄLAN

FYLLS I AV KUND

Namn:	Personnummer:	
Adress:		
E-post:	Telefonnummer:	
Bokningsnummer:	Datum för bokning:	
Avresedag på avbokad resa:	Datum för avbokning:	
Resemål:		
Orsak för avbokning		
Sjukdom (Sjukdommens art, symtom):		
Olyckshändelse (Olyckshändelsens art, vem?):		
Dödsfall (vem?)		
Inbrott (vart?)		
Brand (vart?)		
Har skadan anmäld till annat försäkringsbolag?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, vilket?
Finns villa/hemförsäkring?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, vilket bolag och försäkringsnummer?
Är resan betalt med kort?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, vilket kort/bank?
Om du betalat via bankgiro eller swish sätter vi gärna in eventuell återbetalning på ert bankkonto. Vi behöver då följande uppgifter:		
Bank:	Kortnummer inkl clearingnummer:	
Jag godkänner att Kroatienspecialisten AB registrerar och behandlar de personuppgifter som lämnas av mig ovan eller läkare enligt nedan för bedömning och administration av denna skadeanmälan, däribland mitt personnummer samt uppgifter om min hälsa. Jag är medveten om att jag har rätt att erhålla utdrag ur register avseende mig själv samt besked om behandlingen av mina uppgifter genom att vända mig till Kroatienspecialisten AB samt att jag har rätt att vända mig till Kroatienspecialisten AB med begäran om rättelse, blockering eller utplåning av mina personuppgifter.	Datum:	
Underskrift - Obligatoriskt		

FYLLS I AV LÄKARE (LÄKARBESÖK BETALAS AV PATIENTEN/RESENÄREN)

Patientens namn:	Läkarens namn:		
Adress:	Telefon:		
Har patientens sjukdomstillstånd uppstått akut? Se definition av Akut nedan:			
<i>Med Akut menas att patienten drabbats av allvarlig sjukdom, försämrat sjukdomstillstånd eller olycksfall, och denna händelse är av sådan art, att resenären inte rimligen kan genomföra resan utan ordinerar sängläge eller liknande.</i>			
Kräver patientens sjukdom sjukhusvistelse:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kräver patientens sjukdom ordinerat sängläge eller ordination som kan likställas med sängläge:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Var sjukdomen känd när resan beställdes?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	När uppstod symtomen?	
Jag avråder patienten från att genomföra planerad resa?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	När fattades beslutet?	
Datum:	Stämpel från vårdinrättningen (måste finnas för att intyget ska godkännas):		
Underskrift:			