

Försäkringsnr: Policynumber:	#
---------------------------------	---

**ANMÄLAN OM INTRÄFFAD PERSONSKADA, RESEFÖRSÄKRING
CLAIMS FORM, MEDICAL COSTS**

Den skadelidandes namn/Name	Den skadelidandes personnr/Date-of-birth	
Utdelningsadress/Address	Postnr/Zip code	Ort/City
Telefon dagtid/Phone	E-post/E-mail	

Skadedatum / When did you first visit a doctor	Skadeplats/Place of accident
--	------------------------------

ANMÄLAN AVSER

<input type="checkbox"/> Ferlin Reseförsäkring Ferlin Travel Insurance	<input type="checkbox"/> Euro/Worldstudent
---	--

ERSÄTTNINGSPRÅK

Var vänlig specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här, och uppge om anspråken är att anse som fullständiga och slutgiltiga. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning. Vid behov, fortsätt på nästa sida.
What claims do you have? Please specify. Please attache original receipts. Is the claim final? If need be, please continue overleaf.

REDOGÖRELSE FÖR VAD SOM HÄNT //DESCRIPTION OF CIRCUMSTANCES

Beskriv nedan vad som hänt. Läkarintyg skall alltid bifogas anmälan om personskada. Om ersättningsrätten förutsätter beslut fattat av försäkringskassa, var vänlig bifoga beslutet. Vid överfall/misshandel skall polisanmälan bifogas. Vid behov, fortsätt på nästa sid.
Please describe what has happened. Please attach documentation from doctor/hospital and a doctor certificate.

Vilken kroppsskada blev följden? What injury has been the result?		
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Has this body part suffered before from any injury/illness?		
<input type="checkbox"/> Ja Yes	När?/When?	På vilket sätt?/In what way
<input type="checkbox"/> Nej No		

Har Ni annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring? Do you have any other Health- or Disability Insurance?			
<input type="checkbox"/> Ja Yes	Bolag? Company?	Försäkringsnr? Policy number?	Är skadan anmäld dit? Have you made a claim there?
<input type="checkbox"/> Nej No			<input type="checkbox"/> Ja Yes
			<input type="checkbox"/> Nej No

**PLUSGIRO/BANKGIRO/BANKKONTO DIT ERSÄTTNING SKALL BETALAS
PLUSGIRO/BANKGIRO/BANK ACCOUNT WHERE TO PAY THE CLAIM**

(Finns varkenpost-, bankgiro eller bankkonto betalas ersättning via postanvisning)

Bankkonto (inkl clearingnr) Bank account (incl clearing #)
Plusgironr./bankgironr.

UNDERSKRIFT/SIGNATURE

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt och allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som Försäkringsgivaren behöver för att utreda huruvida den anmälda skadan/sjukdomen omfattas av försäkringen enligt försäkringsvillkoren. I, the undersigned, declare that all information given in this claim form is in accordance with the truth and that nothing is concealed. I authorise the Insurer, or any one he puts in his place, to obtain information from any doctor, hospital or insurance company concerning myself or any co-insured person in order to process the claim in accordance with the Policy Conditions.			
Ort/City	Datum/Date	Namnteckning/Signature	Namnförtydligande Name i capital letters

Anmälan och originalkvitton lämnas till Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 STOCKHOLM som efter att ha intygat försäkringstillhörighet vidarebefordrar anmälan till försäkringsgivaren

OBS! Skada skall anmälas snarast.

forts. från sid 1. /cont. from page 1