

Sjukdom/olycksfall på resan

Skadeanmälan

Vid sjukdom / olycksfall ska följande bifogas:

- Resedokument / flygbiljetter
- Dokumentation för ersättningskravet, t.ex. läkarrapporter, läkarintyg och läkarkostnader.
- Anmälningsblankett se sida 2 och Samtycke se sida 5

Vid anspråk om ersättningsresa / semesterersättning ska även följande bifogas:

- Resedokument / flygbiljetter / transport / boendekostnader / övriga arrangemang.
- Dokumentation från den behandlande läkaren i utlandet.

Kom ihåg att alltid beräkna och specificera ditt ersättningskrav, t.ex. "Läkarbesök för Johan, USD 70".

VIKTIGT!		Om du inte skickar in alla nödvändiga uppgifter och bilagor, kommer detta att förlänga behandlingstiden. Detta beror på att det kommer att vara nödvändigt att ställa ytterligare frågor till dig samt invänta mottagandet av bilagorna	
Reseförsäkring via din hemförsäkring	Namnet på ditt hemförsäkringsbolag:	Försäkringsnummer:	
Kravet gäller	<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Ersättningsresa / semesterersättning		
Försäkringstagare	Namn:		Personnummer.:
	Adress:		
	Postnr. och stad:		
	Tlf. arbete / privat:	E-post:	
Sjukdomsdrabbad / skadad	Namn:		Personnummer:
	Adress:		
	Postnr. och stad:		
Reseinformation	Ändamål: <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Semester och arbete <input type="checkbox"/> Annat: _____ Var skedde skadan? Land: _____ och stad: _____ Avresedatum: år ____ / ____ Kl. ____ Planerad hemkomst: _ år ____ / ____ Kl. ____ Fylls i om hemkomsten skiljer sig från planlagt: Faktisk hemkomst: ____ / ____ år ____ Kl. ____		
Köp av resan	<input type="checkbox"/> Kontant / banköverföring <input type="checkbox"/> Bankkort/Kreditkort • Kom ihåg att bifoga dokumentation för, att resan är köpt med konto/kreditkortet • Uppge kreditkort: _____ Ange kreditkortstyp/Bank: _____		
Information om skadan	När uppstod skadan/sjukdomen? ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): ____ Datum och klockslag för det första läkarbesöket: ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): ____ Datum och klockslag för ev. sjukhusvistelse: ____ / ____ år ____ Kl. (0-24): ____ Vid sjukhusvistelse eller skriftligt läkarordinerat sängläge / inomhusvistelse, uppge perioden (dokumentation ska bifogas): från den ____ / ____ till den ____ / ____ Ev. hemtransport arrangerades av: _____ den år ____ / ____ / ____ Kl. (0-24): ____		
Bankinformation	Kontoinnehavarens namn _____ Bank _____ Clearing. _____ Kontonummer _____ Fylls endast i för utländskt konto: SWIFT/BIC: _____ IBAN: _____		

Andra försäkringar / kreditkort	Har du tecknat någon annan reseförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - uppge försäkringsbolag och försäkringsnummer: Bolag: _____ Försäkringsnummer: _____ Anmäld: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Har du en annan försäkring, som är knuten till ett kreditkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Uppge kreditkort: _____ Uppge kreditkortstyp/Bank: _____		
	Uppge kreditkort: _____ Uppge kreditkortstyp/Bank: _____		
Resedeltagare	Hur är den skadade släkt med försäkringstagaren? <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Förälder/svärförälder <input type="checkbox"/> Barn/svärdotter/svärson/barnbarn <input type="checkbox"/> Svåger/svägerska <input type="checkbox"/> Far-/Morföräldrar <input type="checkbox"/> Bror/syster <input type="checkbox"/> Reseledsagare		
	Var försäkringstagaren med på resan? <input type="checkbox"/> Ja (resebevis bifogat) <input type="checkbox"/> Nej		
	Namn på övriga resedeltagare:	Personnummer.:	Relation til försäkringstagaren:
Läkarinformation	Namn på egen läkare:		
	Adress:		
	Postnr.	Stad	
	Har du tidigare haft samma symptom/sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____ / ____ år ____		
Information om skadan / sjukdomen	Beskriv händelsen i detalj:		
Ersättningskrav <i>Kom ihåg att bifoga dokumentation för ersättningskravet</i>	Ersättningskrav:	Valuta:	Belopp:
	<i>Bifoga ev separat redogörelse.</i>	Summa:	
Viktigt!	Vi gör er uppmärksamma på, att ersättningskravet ska dokumenteras. Alla räkningar och läkarintyg ska bifogas i original.		
Underskrift	Jag lovar på heder och samvete, att ovan nämnda uppgifter är korrekta. SOS International ska uppmärksamma på att oriktiga och bristfälliga uppgifter kan leda till bortfall eller begränsningar i ditt försäkringsbolags skyldighet att betala ersättning.		
	Överlåtelse av fordran Såvida SOS International på vägnar av mitt försäkringsbolag betalar ut full ersättning, överlåter jag eventuella fordringar mot nationella / utländska offentliga myndigheter, flygbolag och/eller resebyråer, som är relaterade till min skada, till SOS International.		
	I hereby declare on oath that all of the above given information is truthful. Please note that the delivery of incorrect or insufficient information may lead to cancellation or limitation in your insurance company's obligation to provide compensation.		
	Transfer of claim In case of full reimbursement from SOS International on behalf of my insurance company, I hereby consent that SOS International subrogates in all rights and claims against third parties and national and foreign authorities, airline companies and/or travel agencies regarding this matter.		
KOM IHÅG att förklaringen om samtycke (När jag skadats eller blivit sjuk) på sida 5 ska undertecknas av den skadade. Om den skadade är ett barn ska den undertecknas av vårdnadshavaren.			
Skadelidandes underskrift: _____ Datum: _____			
Anmälan skickas till: resa@sos.eu eller SOS International AB, Box 608, +46 8 562 833 83			

INFORMATION OM DITT SAMTYCKE

Därför ska du ge samtycke

du riktar ett anspråk gällande utbetalning från ett försäkringsbolag, har du i enlighet med försäkringsrätten skyldighet att ge försäkringsbolaget alla tillgängliga och relevanta uppgifter. SOS International behandlar saken på försäkringsbolagets vägnar. Du har därför skyldighet att ge SOS International all information, som kan vara relevant vid bedömningen av saken och för bestämmande av ersättnings storlek.

För att kunna bedöma begäran om utbetalningen från försäkringen, ska försäkringsbolaget ha uppgifter om din olycka, din sjukdom eller annan händelse som ligger till grund för kravet om utbetalning från försäkringen. Det kan finnas behov av uppgifter gällande din sjukdom, eventuell behandling osv. Det kan även finnas behov av uppgifter från före sjukdomen/olyckan, för att avgöra om den aktuella situationen är ett resultat av omständigheter, som försäkringen inte täcker.

Försäkringsbolaget kan ibland behöva fler uppgifter, än de som framgår vid ersättningskravet. Uppgifter som ligger långt tillbaka i tiden, kan vara svåra att minnas. Detta gäller speciellt uppgifter av t.ex. medicinsk karaktär. Bolaget behöver därför att den här typen av uppgifter kan hämtas in från källor, som känner till förhållandena och som har dokumentation för uppgifterna i journaler, handlingar mm.

Endast uppgifter som är relevanta för försäkringsbolagets ärendehantering får samlas in.

Utbetalning av försäkring

Du har enligt lag först rätt att få utbetalning från din försäkring 30 dagar efter, att SOS International har fått de uppgifter, som är nödvändiga för, att vi kan bedöma saken och fastställa storleken på försäkringsersättningen, enligt försäkringsrätten.

Egen läkare kan lämna ut hälsouppgifter m.m.

Din läkare kan med samtycke lämna ut uppgifter om din hälsosituation, uppgifter om övriga privata förhållanden och andra personliga uppgifter, i enlighet med hälsolagstiftningen.

Du kan alltid ta tillbaka samtycket

Ditt samtycke gäller i ett år efter, att du har givit det. En kopia av detta samtycke ges till alla, som SOS International önskar få hälsouppgifter m.m. från. Om du ångrar ditt samtycke, kan du alltid välja att ta tillbaka det, genom att kontakta SOS International på nedanstående kontaktuppgifter. Om du tar tillbaka samtycket gäller detta endast behandlingen av den avlidnes personuppgifter framöver.

Du får besked varje gång SOS International hämtar in uppgifter

Varje gång SOS International hämtar in konkreta hälsouppgifter m.m., får du besked om, varför uppgifterna behöver hämtas in, vilka uppgifter som hämtas in, för vilken tidsperiod och hos vem vi vill hämta uppgifterna.

Behandling av personuppgifter

Försäkringsbolaget och SOS International behandlar dina personuppgifter i enlighet med lagstiftningen om skydd av personliga uppgifter, inklusive EU:s dataskyddsförordning.

Du har i enlighet med dataskyddsförordningen rätt att få information om och att göra invändningar gällande behandlingen av dina personuppgifter. På anmodan har du rätt att korrigera, radera eller blockera uppgifter, som är felaktiga, vilseledande eller som har behandlats i strid med gällande lagstiftning. Dessutom har du rätt till dataportabilitet.

: <https://www.sos.eu/se/sjaelvbetjaening/>

Om du har övriga frågor gällande behandlingen av personuppgifter i anknytning till försäkringen, ber vi dig ta kontakt med ditt försäkringsbolag.

Samtycke när jag skadats eller blivit sjuk

(Baseret på FP 012 og FP 021 samtycke: Reseförsäkring)

Jag ger med min underskrift samtycke till, att SOS International i anknytning till behandlingen av mitt ärende, på vägnar av mitt försäkringsbolag, måste hämta in, använda och vidarebefordra de uppgifter som är relevanta för bolagets behandling av mitt ärende.

SOS International hämtar uppgifter för att kunna värdera om min skada täcks av min försäkring. SOS International får i den här kontexten skicka vidare uppgifter för identifikation av mig (t.ex personnummer.) och relevanta uppgifter om mitt försäkringsfall och min hälsa, till de parter som bolaget hämtar uppgifter ifrån. SOS International påpekar för de parter, som de hämtar uppgifter från, vilka uppgifter som är relevanta.

Vem kan det hämtas uppgifter från?

SOS International kan med detta samtycke under ett år från och med datum för min underskrift hämta in relevanta uppgifter från följande aktörer:

- Min nuvarande och tidigare läkare.
- Offentliga och privata sjukhus, kliniker, center och laboratorier.
- Specialistläkare, tandläkare, fysioterapeuter, kiropraktorer och psykologer.
- Andra försäkringsbolag, där jag har anmält mitt fall inklusive kreditkortsföretag.
- Flygbolag och/eller resebyråer.
- Andra relevanta parter kan uppges här:

De nämnda aktörerna kan med detta samtycke under ett år från och med datum för min underskrift vidarebefordra relevanta uppgifter till SOS International.

Vem kan de relevanta handlingarna skickas vidare till?

SOS International kan med detta samtycke skicka vidare relevanta handlingar till följande aktörer i anknytning till behandlingen av mitt fall:

- Läkare som ska undersöka eller behandla mig, eller som har undersökt och behandlat mig.
- Sjukhus, där jag behandlats eller varit inlagd.
- Svenska kommuner där min behandling skett.
- Försäkringskassan, Svenska kommuner eller motsvarande nationella eller utländska vårdenheter, inklusiver vårdmottagningar i annat EU/EES-land/Schweiz.
- Andra försäkringsbolag, där jag har anmält mitt fall, inklusive kreditkortsföretag.
- Flygbolag och/eller resebyråer.
- Andra relevanta parter kan uppges här:

Vilka typer av uppgifter kan hämtas in, användas och skickas vidare?

Samtycket omfattar hämtning, användning och vidarebefordran av följande kategorier:

- Hälsouppgifter, inklusive uppgifter gällande sjukdom, symptom och kontakter med vårdenheter.
- Uppgifter om mitt fall, inklusive uppgifter om min försäkring och min resa.

Under vilken tidsperiod kan uppgifter hämtas in?

Samtycket omfattar uppgifter under en period på 1 år, räknat från tidpunkten för skadan eller sjukdomen//beställningen av resan och fram till den tidpunkt, då SOS International har tagit ställning till mitt fall.

Om uppgifterna för denna period ger orsak till det, kan SOS International med ett konkret motiv, även hämta uppgifter, som ligger utanför den här perioden.

Dra tillbaka samtycke

Jag kan när som helst dra tillbaka mitt/vårt samtycke för framtida verkan. Detta kan ha betydelse för SOS Internationals och mitt försäkringsbolags möjlighet att behandla mitt fall.

Fullmakt

Jag ger härmed SOS International fullmakt att söka om att få utbetalt återbäring för utgifter på mina vägnar, hos Försäkringskassan, Svenska kommuner eller motsvarande nationella eller utländska vårdenheter, för vårdmottagningar i ett annat EU/EES-land/Schweiz.

Samtycke	Namn:	Personnummer:
	Underskrift	Personnummer:
	Om den skadade är ett barn ska föräldrar/vårdnadshavare underteckna nedan:	
	<input type="checkbox"/> Sätt kryss vid gemensam vårdnad	
	Namn:	Personnummer.:
	Underskrift	Datum:
	Namn:	Personnummer:
Underskrift	Datum:	

SOS International AB • Skadeavdelningen • Box 608 • 182 16 Danderyd
 Telefon: +46 8 562 833 83 • E-post: resa@sos.eu
 CVR.nr. 17013718
 Anmälan uppdaterad, Juni 2018