

Avbeställning av resa

Skadeanmälan, sida 1 av 6

Följande ska alltid bifogas:

- Reseintyg / flygbiljetter /vistelse.
- Dokumentation för avbeställning av resa samt uppge eventuell återbäring.
- Egen läkare måste ha fyllt i SOS läkarintyg, se sida 3.
- Anmälningsblankett, se sida 2, och samtycke, se sida 6.

Kom också ihåg att bifoga dokumentation för skadan:

- Vid sjukdom/skada bifogas läkarintyg.

Kom alltid ihåg att beräkna och specificera ditt ersättningskrav, t.ex. "Flygbiljetter 4.000 SEK, och hotell EUR 450".

VIKTIGT!

Om du inte skickar alla nödvändiga uppgifter och bilagor, kommer behandlingstiden förlängas. Detta beror på att det kommer att vara nödvändigt att ställa ytterligare frågor till dig, samt invänta mottagning av bilagorna.

Reseförsäkring via din hemförsäkring	Namn på ditt hemförsäkringsbolag:	Försäkringsnummer:
Försäkringstagare	Namn:	Personnummer.:
	Adress:	
	Postnr. och stad:	
	Tlf. arbete / privat:	<u>E-post:</u>
Sjuk /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: _____	
	När beställdes resan? ____ / ____ år ____	Resmål / land: _____
	Planerat avresedatum: ____ / ____ år ____	Hemkomstdatum: ____ / ____ år ____
	Blev resan avbeställt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____ / ____ år ____	
Resans pris	Resans pris exklusive avbeställningsskydd: Kr. _____	
	Har du mottagit återbäring från researrangören? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Kr. _____	
	Hur stort är kravet (återbäring från dragen) ? Kr. _____	
Köp av resan	<input type="checkbox"/> Konto/kreditkort <input type="checkbox"/> Kontant / banköverföring	
	<ul style="list-style-type: none"> • Kom ihåg att bifoga kontoutdrag som visar, att resan är betald med konto/kreditkort. • Uppge kreditkort: _____ Uppge kreditkortstyp: _____ 	
Uppgifter om skadan	Datum för händelsen, som var orsak till avbeställningen: ____ / ____ år ____	
	Orsak till avbeställning / diagnos: _____	
Bankinformation	Namn på kontoinnehavare	
	Bank	Clearing
		Kontonummer
	Fylls i endast vid utländskt konto:	
	SWIFT/BIC: _____	IBAN: _____

Läkaruppgifter	Namn på den skadades egen läkare:		
	Adress:		
	Postnr.:	Stad:	
Resedeltagare	Hur är den skadade släkt med försäkringstagaren?		
	<input type="checkbox"/> Gift/sambo	<input type="checkbox"/> Förälder/svårförälder	<input type="checkbox"/> Barn/svärson/svärdotter/barnbarn
	<input type="checkbox"/> Svåger/svägerska	<input type="checkbox"/> Far-/Morföräldrar	<input type="checkbox"/> Bror/syster <input type="checkbox"/> Reseledsagare
	Uppge alla personer, som har avbeställt samma resa:		
	Namn:	Personnummer	Relation till försäkringstagaren:
Andra försäkringar / kreditkort	Har du tecknat annat avbeställningsskydd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - uppge bolag och försäkringsnummer:		
	Bolag: _____ Försäkringsnummer: _____ Anmald: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Har du ett avbeställningsskydd, som är knutet till ett kreditkort (t.ex. Mastercard, Eurocard, Diners etc.)?		
	Uppge kreditkort: _____ Uppge kreditkortstyp/Bank: _____		
Viktigt!	Vi vill uppmärksamma er på att ersättningskravet ska dokumenteras. Original av resebevis / flygbiljetter ska bifogas. Om resan är betald med ett kredit/kontokort ska dokumentation bifogas, som visar betalningen. Kom ihåg att läkarbevis ska fyllas i vid sjukdom / skada.		
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 erbjuda ersättning.		
	Överlåtelse av fordran		
	Såvida SOS International på vägnar av mitt försäkringsbolag betalar ut, 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.		
	Försäkringstagarens underskrift: _____ Datum: _____		
	KOM IHÅG att förklaringen gällande samtycke (När jag skadat mig eller blivit sjuk) på sida 6 ska undertecknas av den skadade / sjuka. Om den skadade / sjuka är under 16 år, ska förklaringen undertecknas av föräldrarna / vårdnadshavarna.		
Skickas tillsammans med läkarintyg och förklaringen gällande samtycke till: Anmälan skickas till: resa@sos.eu eller SOS International AB, Box 608, +46 8 562 833 83			

Läkarattest

Avbeställning av resa, sida 3 av 6

Til egen läkare!

SOS International a/s ska besluta, om det finns ett orsakssamband mellan lidandet och det, som orsakade den, samt om tidigare existerande lidande kan ha sammanhang med det ådragna lidandet och patientens gener. Det är därför viktigt, att vi får kännedom om alla symptom och tillstånd, som kan vara av betydelse.

Fylls i av patienten	Patientens namn: _____	Personnummer: _____
	Avresedatum (om patienten skulle delta på resan): _____	
Fylls i av patientens egen läkare	Vilken sjukdom / skada handlar det om? Uppge grundlig diagnos på svenska och latin:	
	Svensk _____	
	Latin _____	
	När fick patienten denna sjukdom / skada? _____	Datum: ____ / ____ år _____
	Tid och plats för första konsultation gällande den aktuella sjukdomen / skadan:	
	Datum: ____ / ____ år _____	Plats: _____
	När påbörjade Ni utredningen gällande patientens? _____	Datum: ____ / ____ år _____
	När fick patienten de första symptomen? _____	Datum: ____ / ____ år _____
	<u>Endast relevant, om patienten ska resa:</u> Anser du, att lidandet / allmäntillståndet hindrar patienten från att resa?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Om ja, varför? _____	
	Har patienten tidigare lidit av samma sjukdom / symptom? _____	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, när? ____ / ____ år _____		
<u>Vid kroniskt lidande:</u> Har det skett en akut oväntad försämring? _____		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, när? ____ / ____ år _____		
Har patienten blivit skickad till en specialistläkare, sjukhus eller annat? _____		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, när? ____ / ____ år _____		
Vart? _____		
Anmärkningar (särskilda förhållanden, som bör tas i beräkning): _____		

Det här intyget har utfärdats och undertecknats i överenskommelse med mina anteckningar, min kunskap om patienten, mina frågor till patienten och min undersökning.		
Läkarens underskrift: _____ Datum: _____		
Stämpel: _____ Läkarens nummer.: _____		

Skickas tillsammans med läkarintyget och förklaringen om samtycke till:
Anmälan skickas till: resa@sos.eu eller SOS International AB, Box 608, +46 8 562 833 83

INFORMATION OM SAMTYCKE

Därför ska du ge samtycke

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. Om det finns 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/ert 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/ert 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/ni 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 HAR SKADATS ELLER BLIVIT SJUK (BASERAT PÅ FP 011 OCH FP 020 SAMTYCKE: AVBESTÄLLNINGSFÖRSÄKRING)

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

SOS International hämtar uppgifter för att kunna värdera om min reseavbeställning 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, 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:

- 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.

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