

# 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".

<b>VIKTIGT!</b>	<b>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</b>	
<b>Reseförsäkring via din hemförsäkring</b>	Namnet på ditt hemförsäkringsbolag:	Försäkringsnummer:
<b>Kravet gäller</b>	<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Ersättningsresa / semesterersättning	
<b>Försäkringstagare</b>	Namn:	Personnummer.:
	Adress:	
	Postnr. och stad:	
	Tlf. arbete / privat:	<b>E-post:</b>
<b>Sjukdomsdrabbad / skadad</b>	Namn:	Personnummer:
	Adress:	
	Postnr. och stad:	
<b>Reseinformation</b>	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. ____	
<b>Köp av resan</b>	<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: _____	
<b>Information om skadan</b>	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): ____	
<b>Bankinformation</b>	_____ Kontoinnehavarens namn _____ Bank _____ Clearing. _____ Kontonummer _____ Fylls endast i för utländskt konto: SWIFT/BIC: _____ IBAN: _____	

<b>Andra försäkringar / kreditkort</b>	<p>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</p> <p>Har du en annan försäkring, som är knuten till ett kreditkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej          Uppge kreditkort: _____ Uppge kreditkortstyp/Bank: _____</p> <p>Uppge kreditkort: _____ Uppge kreditkortstyp/Bank: _____</p>															
<b>Resedeltagare</b>	<p>Hur är den skadade släkt med försäkringstagaren?  <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Förälder/svårförälder <input type="checkbox"/> Barn/svärdotter/svärson/barnbarn  <input type="checkbox"/> Svåger/svågterska <input type="checkbox"/> Far-/Morföräldrar <input type="checkbox"/> Bror/syster <input type="checkbox"/> Reseledsagare</p> <p>Var försäkringstagaren med på resan? <input type="checkbox"/> Ja (resebevis bifogat) <input type="checkbox"/> Nej</p> <table border="1" data-bbox="336 573 1497 813"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 573 762 607">Namn på övriga resedeltagare:</th> <th data-bbox="762 573 1011 607">Personnummer.:</th> <th data-bbox="1011 573 1497 607">Relation till försäkringstagaren:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Namn på övriga resedeltagare:	Personnummer.:	Relation till försäkringstagaren:												
Namn på övriga resedeltagare:	Personnummer.:	Relation till försäkringstagaren:														
<b>Läkarinformation</b>	<p>Namn på egen läkare: _____</p> <p>Adress: _____</p> <p>Postnr. _____ Stad _____</p> <p>Har du tidigare haft samma symptom/sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den ____/____ år ____</p>															
<b>Information om skadan / sjukdomen</b>	<p><b>Beskriv händelsen i detalj:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>															
<b>Ersättningskrav</b>  <b>Kom ihåg att bifoga dokumentation för ersättningskravet</b>	<table border="1" data-bbox="336 1256 1497 1485"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 1256 1054 1290">Ersättningskrav:</th> <th data-bbox="1054 1256 1219 1290">Valuta:</th> <th data-bbox="1219 1256 1497 1290">Belopp:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td data-bbox="336 1435 1054 1469"><i>Bifoga ev separat redogörelse.</i></td> <td data-bbox="1054 1458 1219 1491"><b>Summa:</b></td> <td data-bbox="1219 1458 1497 1491"> </td> </tr> </tbody> </table>	Ersättningskrav:	Valuta:	Belopp:										<i>Bifoga ev separat redogörelse.</i>	<b>Summa:</b>	
Ersättningskrav:	Valuta:	Belopp:														
<i>Bifoga ev separat redogörelse.</i>	<b>Summa:</b>															
<b>Viktigt!</b>	<p><b>Vi gör er uppmärksamma på, att ersättningskravet ska dokumenteras. Alla räkningar och läkarintyg ska bifogas i original.</b></p>															
<b>Underskrift</b>	<p>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.</p> <p><b>Överlåtelse av fordran</b>          Såvida SOS International på vägnar av mitt försäkringsbolag utbetalar, överlåter jag eventuella fordringar mot nationella / utländska offentliga myndigheter, flygbolag och/eller resebyråer, som är relaterade till min skada, till SOS International.</p> <p>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.</p> <p><b>Transfer of claim</b> 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.</p> <p><b>KOM IHÅG att förklaringen om samtycke (När jag skadats eller blivit sjuk) på sida 5 ska undertecknas av den skadade.</b> Om den skadade är ett barn ska den undertecknas av vårdnadshavaren.</p> <p>Skadelidandes underskrift: _____ Datum: _____</p>															
<p><b>Anmälan skickas till: <a href="mailto:resa@sos.eu">resa@sos.eu</a> eller SOS International AB, Box 608, +46 8 517 928 29</b></p>																

# INFORMATION OM SAMTYCKE

## **Därför ska du/ni ge samtycke**

När du/ni gör anspråk på ersättning från ett försäkringsbolag, är du/ni i enlighet med försäkringsavtalslagen skyldig att lämna alla tillgängliga och relevanta upplysningar till försäkringsbolaget. SOS International behandlar ärendet på försäkringsbolagets vägnar. Du är därför skyldig att lämna all information, som kan ha betydelse vid bedömningen av ärendet och storleken på försäkringsersättningen till SOS International.

För att kunna bedöma din anmälan om ersättning från försäkringen, har försäkringsbolaget behov för upplysningar om den inträffade skadan, som ligger till grund för kravet om ersättning från försäkringen. Det rör sig typiskt om uppgifter gällande din sjukdom, olycksfall, eventuell behandling osv. Det kan även finnas behov av uppgifter från före sjukdomen/olycksfallet för att avgöra om den aktuella situationen är ett resultat av omständigheter, som försäkringen inte täcker.

Försäkringsbolaget kan ofta inte nöja sig med de uppgifter som framgår av anmälan om ersättning. Det gäller speciellt uppgifter som är av t.ex. medicinsk karaktär. Bolaget har därför behov av att den här typen av uppgifter kan samlas in från källor, som vet mer om ärendet och som har dokumentation för uppgifterna i journaler, handlingar mm. Endast uppgifter som är relevanta för försäkringsbolagets ärendehantering får samlas in.

## **Utbetalning av ersättning**

Du/ni har i enlighet med försäkringsavtalslagen först krav på att få utbetalt ersättning från din försäkring 30 dagar efter att SOS International har fått de uppgifter som är nödvändiga för att vi kan bedöma ärendet och fastställa storleken på försäkringsersättningen.

## **Egen läkare kan lämna ut hälsouppgifter mm**

Din läkare kan med detta samtycke lämna ut uppgifter om din hälsosituation, uppgifter om övriga privata förhållanden och andra sekretessbelagda uppgifter.

## **Du/ni kan alltid återkalla samtycket**

Samtycket är begränsat till att gälla under regleringen av försäkringsfallet, dock max. i ett år efter att du/ni har givit det. En kopia av samtycket ges till alla som SOS International önskar få hälsouppgifter mm från. Om du/ni ångrar ditt/ert samtycke kan du/ni alltid välja att återkalla det genom att kontakta SOS International på nedanstående kontaktuppgifter. Om du/ni återkallar samtycket gäller detta endast behandlingen av dina personuppgifter med verkan för framtiden.

## **Du/ni får besked varje gång SOS International samlar in uppgifter**

Varje gång SOS International samlar in konkreta hälsouppgifter mm får du/ni besked om varför uppgifterna behöver insamlas, vilka uppgifter som insamlas, exakt för vilken period och vem vi insamlar uppgifterna från.

## **Behandling av personuppgifter**

Försäkringsbolaget och SOS International behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddslagstiftningen, inklusive EU:s dataskyddsförordning.

Du/ni har i enlighet med dataskyddslagstiftningen rätt att få information om och göra invändningar mot behandlingen av dina personuppgifter. Du/ni har även rätt att begära att få personuppgifter rättade, raderade eller blockerade, om de är oriktiga, vilseledande eller behandlats i strid med lagstiftningen. Dessutom har du/ni rätt till dataportabilitet.

Om du/ni vill nyttja dina/era rättigheter kan du/ni vända dig/er till SOS International via vår hemsida:  
<https://www.sos.eu/se/sjaelvbetjaening/>

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

Se samtyckesförklaring på sidor 4-5.

# Samtycke när jag har skadats eller blivit sjuk

När jag/vi undertecknar nedan ger jag/vi samtycke till att SOS International i anknytning till min/vår anmälan om ersättning insamlar, använder och utlämnar de uppgifter om mig/oss som ombud på mitt försäkringsbolags vägnar, som är relevanta för bolagets behandling av anmälan.

SOS International samlar in uppgifter för att kunna värdera, om min avbeställning av resa omfattas av min försäkring. SOS International får i samband med detta lämna ut uppgifter som kan identifiera mig (t.ex. personnummer) och relevanta uppgifter om mitt försäkringsärende och hälsa till de parter som bolaget insamlar uppgifter ifrån. SOS International påpekar för de parter som uppgifterna insamlas från, vilka uppgifter som är relevanta.

## Vem kan det insamlas uppgifter från?

SOS International kan med detta samtycke under ett år från och med datum för undertecknandet samla in relevanta uppgifter från följande aktörer:

- Min nuvarande och tidigare läkare.
- Offentliga och privata sjukhus, sjukvårdskliniker, vårdcentraler och laboratorier.
- Specialistläkare, tandläkare, fysioterapeuter, kiropraktorer och psykologer.
- Andra försäkringsbolag, inklusive kreditkortsföretag.
- Flygbolag och/eller resebyråer.
- Försäkringskassan
- Skatteverket
- Andra relevanta parter kan uppges här:

De nämnda aktörerna kan med detta samtycke under ett år från och med datum för undertecknandet lämna ut relevanta uppgifter till SOS International.

## Vem kan de relevanta uppgifterna lämnas ut till?

SOS International kan med detta samtycke lämna ut relevanta uppgifter till följande aktörer i anknytning till behandlingen av min/vår anmälan om ersättning:

- Andra försäkringsbolag, där jag har anmält mitt fall, inklusive kreditkortsföretag.
- Flygbolag och/eller resebyråer.
- Försäkringskassan
- Skatteverket
- Andra relevanta parter kan uppges här:

## Vilka typer av uppgifter kan insamlas, användas och utlämnas?

Samtycket omfattar insamling, användning och utlämnande av följande kategorier av uppgifter:

- Hälsouppgifter, inklusive uppgifter gällande sjukdom, symptom och kontakter med sjukvårdsinrättning.
- Uppgifter om mitt ärende, inklusive uppgifter om försäkring och resa.

## Under vilken tidsperiod kan uppgifter samlas in?

Samtycket omfattar uppgifter för en period på 1 år före tidpunkten för skadan eller beställningen av resan och fram till den tidpunkt, då SOS International har tagit ställning till min/vår anmälan om ersättning.

Om uppgifterna för denna period ger orsak till det, kan SOS International med en konkret motivering, även samla in uppgifter från tiden innan den här perioden.

## Återkalla samtycket

Jag/vi kan när som helst återkalla mitt/vårt samtycke med framtida verkan. Om du återkallar ditt samtycke kan detta påverka SOS International och mitt försäkringsbolag möjlighet att hantera mitt fall.

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

SOS International AB • Skadeavdelningen • Box 608 • 182 16 Danderyd  
 Telefon: +46 8 517 928 29 • E-post: [resa@sos.eu](mailto:resa@sos.eu)  
 CVR.nr. 17013718  
 Anmälan uppdaterad, Juli 2019