

Avbeställning av resa

Skadeanmälan, sida 1 av 6

Följande ska alltid bifogas:

- Reseintyg/flygbiljetter/vistelse.
- Dokumentation för avbeställning av resa samt uppge eventuell återbäring.
- Läkarintyg
- Anmälningssblankett, se sida 2, och samtycke, se sida 6.

Kom också ihåg att bifoga dokumentation för skadan:

- Vid sjukdom/skada bifogas läkarintyg.
- Vid dödsfall bifogas dödsattest

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:	E-post:
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 * Om betalning sker med kreditkorts- / företagskonto, var vänlig notera följande: • 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/svärförälder <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: _____ Anmäld: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Viktigt!	Har du ett avbeställningsskydd, som är knutet till ett kreditkort (t.ex. Mastercard, Eurocard, Diners etc.)?		
	Uppge kreditkort: _____ Uppge kreditkortstyp/Bank: _____		
Underskrift	<p>Vi vill uppmärksamma er på att ersättningskravet ska dokumenteras. Resebevis / flygbiljetter ska bifogas. Om resan är betald med ett kredit/kontokort ska dokumentation bifogas, som visar betalningen. Kom ihåg att läkarintyg ska bifogas.</p>		
	<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>Överlåtelse av fordran</p>		
	<p>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.</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>Transfer of claim</p>			
<p>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>			
Försäkringstagarens underskrift: _____ Datum: _____			
<p>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.</p>			
<p>Skickas tillsammans med läkarintyg och förklaringen gällande samtycke till: Anmälan skickas till: resa@sos.eu eller SOS International AB, Box 608, +46 8 517 928 29</p>			

Läkarattest

Avbeställning av resa, sida 3 av 6

Till 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 8 517 928 29

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 uppgifter 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 uppgifter 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 5-6.

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 min 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.

Samtycke	Namn:	Personnummer:
	Underskrift	Datum:
	Om den skadade är ett barn ska målsman /vårdnadshavarna underteckna nedan:	
	<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
 CVR.nr. 17013718
 Anmälan uppdaterad, Juli 2019