

Personuppgifter/skadelidande

Namn	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Personnummer
Postnummer och ort	Telefon dagtid (inkl riktnr)
E-postadress	Telefon kvällstid (inkl riktnr)

Uppgifter om resan

Avresedag	Hemresedag (planerad)	Resans längd dagar	Resmål (land och ort)
Resans pris kr <input type="checkbox"/> Arbeta	Resan företagen som: <input type="checkbox"/> Studieresa <input type="checkbox"/> Semesterresa		
Finns reseförsäkring <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange försäkringsbolag	Försäkringsnummer	

Akut sjukdom/olycksfall under resan

Sjukdomens/skadans art?					
När och var anlätades läkare?	Datum	Plats	Intagen på sjukhus <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m datum	T o m datum
Går du fortfarande på behandling?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Har du tidigare lidit av samma sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Var du sjuk/sjukskriven vid avresa?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m datum	T o m datum	För vad?	
Har skadan anmälts till SOS - International	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsnummer			

Skadehändelse. Redogör noggrant för hur skadan gick till (nödvändigt för att ärendet ska kunna behandlas)

Kostnader till följd av sjukdomen/olycksfallet (OBS! Kvitton, resehandlingar och läkarintyg ska bifogas i original)

Datum	Uppgifternas art	Bilaga nr	Kostnad i utländsk valuta	Kurs	Kostnad i svensk valuta	Försäkringsbolagets anteckningar

