

SKADEANMÄLAN

För att kunna behandla din anmälan behöver vi följande upplysningar. Vänligen skriv med tryckbokstäver. Förhållandena omkring betalningsgaranti värderas på basis av nedanstående upplysningar.

Patient	Personnummer	Namn	
	Telefonnummer	E-post	
Försäkringstagare	Personnummer	Namn	
Försäkring	Hem/Rese	Försäkringsbolagets namn	Försäkringsnummer
	Kreditkorts-försäkring¹	Kortinnehavarens namn	
		Kreditkortsnummer - XX - XXXX -	Korttyp och namn på utgivande bank
	Om resan betalts med kreditkortet, vänligen uppge summa, betalningsdatum och mottagare av betalningen.		
Resplan	Utresedatum	Hemresedatum	Föremål: t.ex. semester, tjänsteresa
Medicinsk information	Första skadedatum/symtomdatum	Skadeland	
	Datum för första läkarbesöket/ inläggelsedatum	Har du tidigare observerat liknande symptom eller samma/liknande sjukdom? Om ja, vänligen uppge när. Ja Nej Datum:	
Sjukhus/klinik	Sjukhusets/klinikens namn	Telefonnummer	
	E-post	Behandlande läkare (namn)	
Egen läkare/ sjukhus i hemlandet²	Egen läkare i hemlandet (namn)		Telefonnummer

Samtycke

När din fil har öppnats i våra system kommer du automatisk få ett SMS med en begäran om ditt samtycke för att utlämna nödvändiga uppgifter till SOS International, så vi kan säkerställa att ditt ärende handläggs på korrekt sätt. Vänligen svara på detta meddelande med "Jag samtycker + ditt namn" så snabbt som möjligt. Du kan hitta mer information om ditt samtycke på www.sos.eu/se/samtycke eller genom att skanna QR-koden på din mobiltelefon.



Fullmakt

Jag ger SOS International fullmakt till, att Tine Poulsen (anställd hos SOS International) ansöka om temporärt EU-sjukförsäkringskort (det blå sjukförsäkringskortet) å mina vägnar, om det är relevant för mitt ärende.

Om SOS International på uppdrag av mitt försäkringsbolag betalar full ersättning, överför jag eventuella fordringar mot nationella/ utländska myndigheter (inklusive Försäkringskassan), flygbolag och/eller resebyråer i samband med min skada till SOS International som ombud på mitt försäkringsbolags vägnar.

Datum	Jag intygar härmed på heder och samvete att lämnade uppgifter är sanna, fullständiga och exakta. Underskrift (av den skadedrabbade eller vårdnadshavare om barn under 18 år)
--------------	--

VIKTIGT! Medicinsk rapport skall bifogas och skall minst innehålla följande: Skadedatum, diagnos, behandlande läkare, fastställda utgifter uppdelade i behandling, medicin, osv.

¹ Kun relevant hvis du har kreditkortsforsikring

² Kun relevant hvis du tidligere har observeret lignende symptomer eller lidt af samme/lignende sygdom