

Skadeanmälan för personligt ansvar



Referens för fordransanmälan:

(För intern användning)

Personuppgifter:

Namn:

Fordran för:

Datum:

Gatuadress:

Telefon:

E-post adress:

Viktig information

1. Vänligen utfyll den bifogade fordransanmälan
2. Vänligen bifoga övriga anteckningar/kommentarer på baksidan av denna anmälan
3. Vänligen lista stödjande dokumentation som bifogas med denna fordransanmälan:
(hänvisar till bevisningsdokumentet när du köpte din försäkring.)

a)

b)

c)

d)

e)

Skadeanmälan för personligt ansvar



f)

4. Skicka den fullständigt utfyllda fordransanmälan tillsammans med eventuella bifogade dokument till:

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

Försäkringsinformation:

Försäkrings nummer:

Köpt från:

Typ av försäkringsavtal:

Försäkrings datum:

Ytterligare försäkring:

Medicinskt tillstånd:

Eventuella tillägg:

Skadeanmälan för personligt ansvar



Sökandes uppgifter:

Namn:	Födelsedatum:	Jobbtitel/Yrke:	Nationalitet:	Födelseort:

Reseinformation:

Bokningsdatum:

Avresedatum:

Returdatum:

Land:

Anledning till resan:

Söker för:

Belopp:

€

Skadeanmälan för personligt ansvar



1. Datum och tid för händelsen:

___ / ___ / ___ : _____

2. Plats/ adress där olyckan inträffade:

3. Har du erkänt personligt ansvar?

Ja Nej

Om **JA**, förklara varför

4. Var god ange fullständig information om omständigheterna kring din anmälan:

Skadeanmälan för personligt ansvar



5. Vänligen ange och lista dem kostnader yrkan avser samt ange vilken behandling som har erhållits:

Ange belopp och valuta som är betald:

Bifogat kvitto? Vem skall utbetalningen utfärdas till:

Ja Nej

Innehar du någon form av bankkonto/ kreditkort som erbjuder dig gratis reseförsäkring som täcker omständigheterna kring din anmälan?

Ja Nej

Om **JA**, var god bekräfta följande:

Kortnummer:

Utfärdande Bank:

Typ av kort (Visa, Mastercard etc):

Har en fordran till en tredje part lämnats in?

Ja Nej

Skadeanmälan för personligt ansvar



Om **JA**, var god ange detaljer nedan:

Finns det någon annan relevant försäkring som kan täcka omständigheterna kring ditt påstående såsom Barclays, Amex, Visa Mastercard etc?

Ja Nej

Om **JA**, var god ange detaljer nedan:

Om påståendet är i relation till uppkommen skada bekräfta följande:

1. Ge en detaljerad beskrivning av de omständigheter som gav upphov till olyckan

2. Om en tredje part har varit inblandad, var god ange dennes namn, adress och eventuell försäkring

3. I händelse av att du vill fullfölja en skadeanmälan mot en tredje part, var god uppge namnet på den eventuella advokat/juridiska ombud som eventuellt har utsetts, med namn och referensnummer

Skadeanmälan för personligt ansvar



4. Om ingen tredje part var inblandad, vänligen klargör vems fel och varför olyckan uppstod

Om din anmälan blir godkänd, var god ange bank detaljer nedan för inbetalning:

Bekräfta betalningsmottagarens namn:

Bankens namn:

Bank adress:

Bank SWIFT kod:

Bank IBAN:

Konto nummer:

Clearingnummer:

Kontoinnehavarens namns:

Typ av konto (Current, Gold, Platinum etc.):

Skadeanmälan för personligt ansvar



FÖRKLARING

VIKTIGT – Om du ej signerar din skadeanmälan kommer denna att returneras

Jag/Vi intygar härmed att ovanstående påståenden är sanningsenliga och att uppgifterna är korrekta. Jag/Vi har inte undanhållit någon information i samband med denna anmälan. Jag/Vi samtycker till att förse försäkringsgivaren med ytterligare information om så krävs. Jag/Vi förstår att försäkringsgivaren inte har något som helst ansvar på grund av utfärdandet av denna anmälan. **WARNING – Utfärdandet av ett bedrägligt eller medvetet överdriven anmälan är ett brott. Vi utreder alla inkomna anmälningar, och om någon misstänks för eventuellt brott eller bedrägeri, kommer detta att polisanmälas. Vi har ett tätt samarbete med polisen.**

DATASKYDD (DATA PROTECTION ACT)

Försäkringsbranschen bedriver idag ett antal initiativ för att minska eventuella försäkringsbedrägerier. Den information som lämnas på denna blankett får lagras elektroniskt, och kan komma att delas av andra organisationer för detta ändamål. Jag/Vi förstår att ni kan komma att begära upplysningar från andra organisationer för att kontrollera de svar jag/vi har lämnat.

VIKTIGT

I händelse av att en tredje part är ansvarig, kommer alla rättigheter i denna anmälan att övertas av reseförsäkringsbolaget eller deras agenter för uppgörelse av denna skadeanmälan.

Signatur: _____

Datum: ____ / ____ / ____