

Skadeanmälan skickas till:
Chartis Europe S.A.
Skadeavdelningen
Box 3506, 103 69 Stockholm
Tel +46 8 506 920 20
Fax +46 8 506 920 95
E-mail bti@chartisinsurance.com

Skadenummer
(Ifylles av Chartis)

Organization number:
516405-4966



SKADEANMÄLAN – Tjänsteresa

FÖRSÄKRAD

Personnummer	Försäkringsnummer	
Efternamn	Förnamn	
Bostadsadress	Postnr, postadress och land	
Telefon/Mobil	E-mail <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till: (Observera att samtliga uppgifter måste ifyllas. För IBAN nummer och Swift kod, kontakta din bank)		
Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro	
Namn (Om annan betalningsmottagare än försäkrad)	IBAN nummer	SWIFT kod
Till vilket land företogs tjänsteresan?		
Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Vilken typ av försäkring <input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer

UPPGIFTER OM ARBETSGIVARE/UPPDRAGSGIVARE

Företagets namn	Organisationsnummer	
Adress	Telefonnummer	
Kontaktperson	E-mail <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till arbetsgivaren:		
Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkontonr inkl. clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro	Redovisningsskyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

AVBESTÄLLNINGSSKYDD

Anledning till avbeställning	Händelsedatum	Avresedatum
Finns förbeställda evenemang eller hyrbil? Om ja, ange vad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kostnad:	
Var sjukdomen/skadan som ligger till grund för avbeställningen känd vid bokningstillfället?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Fortsätt på nästa sida

SJUKDOM ELLER OLYCKSFALL

Skadelidandes namn		Relation till försäkrad person	
Sjukdomens/Skadans art			
När och var anlätades läkare		Datum	Plats
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum	Går du fortfarande på behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Befaras framtida men?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Nej	Vid ja, vilken typ?	
Har du tidigare lidit av samma sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när och vilken läkare anlätades då	

FÖRSENAD RESA/BAGAGE (ORIGINAL INTYG SKALL BIFOGAS)

Förсенad utresa		Planerad utresa	Datum:	Tid
		Verklig utresa	Datum:	Tid
Förсенad hemresa		Planerad hemresa	Datum:	Tid
		Verklig hemresa	Datum:	Tid
Försenat bagage	Ordinarie ankomsttid	Aktuell ankomsttid	Antal timmar	Ersättningskrav
Resestartskydd, orsak till försening				
Reseavbrott, orsak till hemresa				Datum

FÖRLUST AV ELLER SKADA PÅ EGENDOM

När och var inträffade eller upptäcktes skadan	Datum	Klockslag, ca	Plats
Var befann du dig vid skadetillfället	Plats		
Var förvarades föremålet			
Var förvaringsplatsen låst och var fanns i så fall nyckeln	<input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/> Ej låst	Förvaring av nyckel	
Stöld, rån, överfall (bifoga polisanmälan)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, uppstod personsador	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

BESKRIVNING AV DEN INTRÄFFADE SKADEHÄNDELSEN

ERSÄTTNINGSANSPRÅK (ORIGINALKVITTON SKALL BIFOGAS)

Specifikation vid behandlingskostnader, ange vad verifikationen avser Vid egendom skall, förutom föremålet, anges fabrikat och modell	Ifylls för egendom			Ersättnings- anspråk
	Inköpsår	Inköpspris	Nypris	
Vid behov av ytterligare beskrivning, använd ett separat papper	Summa:			

DEN ANSTÄLLEDES UNDERSKRIFT – OBLIGATORISK

Fullmakt för Chartis Skadeservice att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, Skatteverket eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Chartis Skadeservice. Fullmakten innefattar även rätt för Chartis Skadeservice att delge erforderlig information till försäkringskassan.

Chartis Europe S.A. är personuppgiftsansvarig för personuppgiftsbehandlingen till följd av ditt skadeärende. Chartis Europe S.A. har skyldighet att självständigt lämna dig information om de personuppgifter vi behandlar och vill således göra dig uppmärksam på följande. Ändamålet med behandlingen av dina personuppgifter är försäkringsadministration och skadeutredning rörande eventuell utbetalning av försäkringsersättning. Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss. Personuppgifterna kommer inte att användas till direkt marknadsföring och kommer inte heller att röjas till tredje part för marknadsföring. Har skadehändelsen inträffat i ett annat land eller rör den en utländsk försäkring eller i vissa fall på grund av försäkringsadministration kan dina personuppgifter komma att överföras till ett Chartiskontor i ett annat land. Dina personuppgifter kan även komma att överföras till ett eventuellt ombud eller en sakkunnig om detta är nödvändigt för utredningen av ditt ärende. Personuppgifterna kan även komma att användas i statistikutskick till ditt företag eller ansvarig försäkringsmäklare. Den kategori av personuppgifter som kommer att behandlas är sådana personuppgifter som ligger till grund för att beslut skall kunna fattas gällande ditt skadeärende. Detta är således namn, adress, andra kontaktuppgifter, omständigheterna kring skadehändelsen/sjukdomen/olycksfallet, personnummer, kontouppgifter samt efter samråd med dig eventuellt läkarjournaler. Du har rätt att en gång årligen gratis efter ansökan hos oss erhålla information om vilka av dina personuppgifter vi behandlar. Om du önskar ta kontakt med oss med anledning av detta eller för att du önskar att några av dina personuppgifter skall rättas till följd av att dessa är felaktiga eller missvisande finner du Chartis Europe S.A. kontaktuppgifter överst på denna blankett tillsammans med vårt organisationsnummer.

Genom att lämna dina personuppgifter till Chartis i samband med din skadeanmälan samtycker du till insamling och bearbetning (inklusive röjande och internationell överföring) av dina personuppgifter som anges i vår Integritetspolicy som finns tillgänglig på www.chartisinsurance.se/sekretesspolicy och från Chartis Europe S.A. Frankrike filial Sverige, Box 3506, 103 69 Stockholm. I den utsträckning som du lämnar personuppgifter om någon annan individ intygar du att du har befogenhet att röja hans eller hennes personuppgifter till Chartis att du har lämnat information till individen om innehållet i Chartis Integritetspolicy.

Jag samtycker till att Chartis Europe S.A. behandlar personuppgifter om mig i enlighet med det ovanstående.

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

ARBETSGIVARENS UNDERSKRIFT. ERFORDRAS FÖR ATT ÄRENDET SKALL KUNNA HANDLÄGGAS

Härmed intygas att olycksfallet ägt rum i tjänsten	
Ort och datum	Namnteckning/Namnförtydligande
Firmanamn/stämpel	Telefonnummer