

Skadeanmälan

OmÅk Avbeställningsförsäkring

Insändes till:

Balder Försäkring AB
c/o Crawford & Company (Sweden) AB
Box 6044
171 06 SOLNA

Telefon 08-514 200 00
Fax 08-514 200 29
E-post affinity@crowco.se

1. Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	E-post	
Postnummer och postort	Telefon dagtid	Mobil

2. Reseinformation

Resmål – ort / anläggning	Startdatum arrangemang	Slutdatum arrangemang
---------------------------	------------------------	-----------------------

3. Avbeställningsförsäkring

Betaldatum för arrangemanget	Betald kostnad för arrangemanget	
Vilket datum avbeställdes resan?	Valt försäkringsbelopp	
Vad är anledningen till att du avbeställt resan? Kryssa i alternativ nedan. Bifoga intyg från läkare, berörd myndighet, arbetsgivare eller liknande		
<input type="checkbox"/> Akut sjukdom, olycksfall eller dödsfall	<input type="checkbox"/> Skilmässa under förfarande	<input type="checkbox"/> Inkallelse till krigsmakten eller civilförsvaret
<input type="checkbox"/> Beordrad tjänsteresa (gäller ej egenföretagare)	<input type="checkbox"/> Oförutsett driftstopp på personbil under resa till arrangemanget	<input type="checkbox"/> Brand- vatten eller inbrottsskada i bostad inom 10 dagar före arrangemangsstart
Kompletterande upplysningar		

4. Bilagor

Följande bifogas med skadeanmälan: Markera bifogade bilagor enligt nedan.		
<input type="checkbox"/> Intyg om avbokad arrangemang	<input type="checkbox"/> Kvitto på betalt arrangemang	<input type="checkbox"/> Läkrintyg och / eller andra handlingar i original
<input type="checkbox"/> Underlag i original som visar av arrangören ej återbetald kostnad (dina avbokningskostnader)	<input type="checkbox"/> Kvitto / Bekräftelse på köpt försäkring	<input type="checkbox"/> Beordrad tjänsteresa (gäller ej egenföretagare)

5. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsbolaget Balder Försäkring AB och skaderegleringsföretaget Crawford & Company (Sweden) AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.	
Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande