

ERSÄTTNINGSKRAV

	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
		Summa	€

DETTA SKA BIFOGAS MED DIN SKADEANMÄLAN:

Vid avbeställning

- Bokningsbekräftelse där bokningsdatum och pris per person framgår.
- Kvitto på att resan är betald inkl. summa, betalningsdatum, betalningssätt.
- Läkarintyg där datum för första behandling, diagnos, datum för avrådan samt om sjukdomen är akut eller kronisk framgår.
- Avbokningsbekräftelse där avbokningsdatum samt eventuell återbetalning från resebolaget framgår.

Vid väntan, försening eller missad anslutning

- Bokningsbekräftelse där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Förseningsintyg inkl. längd på försening samt förseningsorsak.
- Kvitton i original på eventuella merkostnader.

Vid bagageförsening

- Bokningsbekräftelse där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- PIR-rapport (förseningsintyg från flygbolaget).
- Kvitton i original på eventuella merkostnader.

Vid avbruten resa

- Bokningsbekräftelse där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Kvitto. Eventuella merkostnader.
- Läkarintyg där datum, diagnos samt ordinerad behandling framgår.

Vid sjukdom eller olycksfall

- Bokningsbekräftelse där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Läkarintyg där datum, diagnos samt ordinerad behandling framgår.
- Kvitton i original på läkar- och medicinkostnader.

Vid egendomsskada

- Bokningsbekräftelse där bokningsdatum, färdplan samt pris per person framgår.
- Polisrapport/skaderapport från transportör (inkl. datum, händelseförlopp, skadat/stulet gods).
- Kvitton, garantibevis eller dylikt där inköpsdatum och pris framgår.
- Eventuella kostnadsförslag eller kvitto på reparation.
- Eventuella beslut om ersättning från hemförsäkring/transportör.

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukhusinrättningar, som undersökt och vårdat mig/mitt barn, samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga uppgifter som berör mitt/mitt barns hälsotillstånd till Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag för behandling av denna skadeanmälan och eventuella ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs, kan försäkringsbolaget överlåta detaljerade uppgifter, som berör mitt/mitt barns hälsotillstånd och försäkring åt ovannämnda inrättningar. Vid förfrågan till Folkpensionsanstalten gäller mitt samtycke endast uppgifter som behövs för behandling av ersättningsärenden.

Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att de uppgifter jag uppgett är riktiga

Ort och datum

Försäkringstagares namnteckning

ANSÖKAN OCH FULLMAKT

till FPA/arbetsplatskassa för ersättning av sjukvårdskostnader
som uppkommit i Finland och utomlands

Skadenummer _____

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE

Namn	Personbeteckning
Har kostnaderna uppkommit till följd av	<input type="checkbox"/> Trafikskada <input type="checkbox"/> Olycksfall i arbete

BEFULLMÄKTIGANDE OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och befullmäktigar försäkringsbolaget Ömsen att söka och uppbära de ersättningar enligt sjukförsäkringslagen som betalas på basis av detta skadefall.	Underskrift av den försäkrade eller dennes vårdnadshavare eller intressebevakare
Ort och datum	Namnförtydligande

Av FPA godkänd blankett 1719r SV 07.11