

Accept Försäkringsaktiebolag (publ) Vahinkoilmoitus, peruutusvakuutus/Travelpartner

Lähetysosoite: Accept, Box 20035, 16102 Bromma, Sverige

Vahinkonro (Accept täyttää)

Vahinkoilmoitukseen on aina liitettävä seuraavat asiakirjat:

- lääkärintodistus ja/tai muut alkuperäiset asiakirjat, joilla voi olla merkitystä vahinkoa arvioitaessa
- Travelpartnerin varausvahvistus
- Travelpartnerin kuitti/matkasuunnitelma (on matkan tilaajalla sähköpostiviestin muodossa)
- paperilippu, jos olet sellaisen saanut
- poliisin todistus ja muut asiakirjat, joilla voi olla merkitystä arvioitaessa asunnossa tapahtunutta vahinkoa.

Lääkärintodistuksen on oltava laillistetun ja puolueettoman lääkärin antama. Lääkärintodistuksesta tulee ilmetä, että lääkäri nimenomaisesti kehottaa henkilöä pidättäytymään matkustamasta. Lisäksi lääkärintodistuksen tulee sisältää tiedot diagnoosista, ensimmäisen hoitokerran tai tutkimuksen päivämäärä sekä sen hoidon tai tutkimuksen päivämäärä, jonka nojalla lääkäri on kehottanut henkilöä pidättäytymään matkustamasta.

Vakuutuksenottaja
(päämatkustaja)

Sukunimi	Etunimi	Henkilötunnus
Osoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin

Kanssamatkustaja 1

Sukunimi	Etunimi	Henkilötunnus
----------	---------	---------------

Kanssamatkustaja 2

Sukunimi	Etunimi	Henkilötunnus
----------	---------	---------------

Kanssamatkustaja 3

Sukunimi	Etunimi	Henkilötunnus
----------	---------	---------------

Sairastunut henkilö

Sairauden/vamman laatu

Missä ja milloin käännyitte lääkärin puoleen
ensimmäisen kerran?

Jatkuuko hoito edelleen?
 kyllä ei

kyllä ei Onko sairastuneella henkilöllä ollut sama sairaus aiemmin?

Jos vastaus on kyllä, ilmoita hoitaneen lääkärin nimi:

Kuolemantapaus: kuolleen henkilön nimi

Onko korvausta saatu joltakin muulta vakuutusyhtiöltä tai matkatoimistolta/matkanjärjestäjältä/lentoyhtiöltä? kyllä ei

Jos vastaus on kyllä, ilmoita korvauksen maksaja:

MUISTA TÄYTTÄÄ MYÖS SEURAAVA SIVU!

Mahdolliset muut tiedot

Haluan, että Acceptin vakuutuskesittelijät ottavat minuun yhteyttä seuraavaan sähköpostiosoitteeseen:

Sähköpostiosoite:

Vahingonkorvaus:

Vahingonkorvaus maksetaan alla ilmoittamallesi pankkitilille.

Jos olet maksanut matkan maksukortilla, Visalla tai muulla vastaavalla kortilla, liitä mukaan myös jäljennös tilioitteesta. Tällöin saatat välttyä omavastuuseen liittyviltä vähennyksiltä.

Pankin nimi:

Pankkitilin IBAN-numero:*

*Numeroa voi pyytää pankista.

Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta, että kaikki tässä vahinkoilmoituksessa annetut tiedot ovat totuudenmukaisia.

Hyväksyn, että lääkäri tai muu hoitohenkilökunta, sairaala tai muu hoitolaitos, yleinen vakuutuskassa, muu vakuutuslaitos/vakuutusyhtiö, Travelpartner tai maksunvälittäjä saa luovuttaa Acceptille ne tiedot, sairauskertomukset, rekisteriasiakirjat, todistukset ym., joita Accept katsoo tarvitsevansa vahinkotapauksen tai vakuutuksen voimassaolon arviointiin tulevaisuudessa.

Paikka	Pvm	Allekirjoitus

MUISTA LIITTÄÄ MUKAAN KAIKKI ENSIMMÄISELLÄ SIVULLA ERITELLYT ASIAKIRJAT!

LÄHETYSOSOITE:

Accept
Box 20035
161 02 Bromma
Sverige