

Chartis Europe S.A. (Finland Branch)
Kasarmikatu 44
FI-00130 Helsinki
Finland



Kundtjänst: +358 9 2527 1191 (Mån-Fre 9-21, Lör-Sön 10-16)
Fax: +358 9 2527 1111
E-post: finlandclaims@chartisinsurance.com

SKADEANMÄLNINGSBLANKETT FÖR RESEFÖRSÄKRINGAR

INSTRUKTIONER FÖR ERSÄTTNINGSSÖKANDEN

Vänligen fyll i blanketten noggrant.

För snabbare behandling av Ert ärende ber vi Er skicka följande bilagor med skadeanmälan: kopia av resebiljetter, originalkvitton på de kostnader som uppkommit, sjukberättelser eller annan medicinsk utredning som finns till förfogande, i stödfall polisanmälan och vid försening av flyg eller baggage intyg från flygbolaget eller researrangören. **Ifall försäkringens giltighet kräver att hela resan eller delvis bör betalas med ett visst kreditkort, vänligen skicka ett intyg på att resan är betald med kortet i fråga.**

På vårdanstalter i Finland bör den försäkrade visa sitt FPA-kort, då vårdanstalten drar av ersättningen enligt sjukförsäkringslagen. Då man ansöker om ersättning för vårdkostnader som uppkommit utanför Finland, bör man fylla i fullmakten som finns i slutet av skadeanmälan eller själv ansöka om ersättning från FPA före inskickandet av skadeanmälan.

Skadeanmälan med bilagor skickas till:

(Inom Finland, portot betalt)
Chartis Europe S.A.
Tunnus 5008951
00003 Vastauslähetys

(Utanför Finland)
Chartis Europe S.A.
Kasarmikatu 44
00130 Helsinki

UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN

Från vilken försäkring ansöker Ni om ersättning?

<input type="checkbox"/> Ålandsbankens MasterCard Premium och MasterCard Private, Visa Debit Premium och Visa Debit Private (försäkringsnummer 102-3261)
<input type="checkbox"/> Ålandsbankens Visa Debit Standard (försäkringsnummer 102-4069)

ERSÄTTNINGSSÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Namn		Person-beteckning
Adress		
Postnummer	Postkontor	Land, om inte Finland
E-postadress		Telefonnummer
Kontonummer (IBAN)	Vems konto, om inte ersättningssökandes?	

Vid ifyllandet av e-postadress godkänner Ni att försäkringsbolaget kan kontakta Er via e-post vid behandlingen av skadeanmälan.

UPPGIFTER OM SKADAN

Resmål- och rutt

Resan inleddes (dd.mm.åå) -
avslutades (dd.mm.åå)Tidpunkt då skadan
inträffade (datum och kl)

Skadan inträffade

 på fritiden på jobbet på jobbresor

Har Ni liknande försäkring för denna typ av skadefallet?

 Nej Ja, bolag:

Skadan:

 Annullering eller avbrott av resa Vårdkostnader Ersättning för väntetid: flyg / baggare Bestående men genom olycksfall Försening från resa Död genom olycksfall Resgods Juridisk hjälp Ansvarskada Annan skada

Detaljerad beskrivning av skadefallet

ERSÄTTNINGSKRAV

	€		€
	€		€
	€		€
	€	Summa	€

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är korrekta. Jag samtycker även till att läkare, Folkpensionsanstalten eller andra instanser eller personer som har uppgifter om mig och mitt hälsotillstånd har rätt att lämna uppgifter till bolaget som kan anses vara nödvändiga för handläggningen av detta ärende. Genom att tillhandahålla Chartis Personuppgifter i samband med ditt anspråk, samtycker du till insamlande och behandling (inklusive användande och utlämnande) av dina Personuppgifter så som beskrivits i vår Integritetspolicy som är tillgänglig vid adressen http://www.chartisinsurance.com/privacy_661_206938.html eller på begäran. Du samtycker särskilt till utlämnande av information internationellt. I den utsträckning som information om andra individer tillhandahålls (eller kommer att tillhandahållas) till Chartis försäkrar du att du har informerat individen om Integritetspolicyens innehåll och att du har befogenhet att utlämna hans eller hennes Personuppgifter till Chartis så som beskrivits i Integritetspolicyen.

Datum och ort

Ersättningssökandes underskrift

Chartis Europe S.A. (Finland Branch)

Kasarmikatu 44
FIN-00130 Helsinki
Finland

Business ID 1065685-5
+358 9 6860 380 Telephone
+358 9 6860 3880 Fax

www.chartisinsurance.com/fi

**Ansökan och fullmakt**

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

Skadenummer _____

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE	Den försäkrades namn	Personbeteckning
	Har kostnaderna uppkommit till följd av <input type="checkbox"/> trafikskada <input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet	
BEFULLMÄKTI- GANDE OCH UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och befullmäktigar försäkringsbolaget Chartis Europe S.A. att söka och uppbära de ersättningar enligt sjukförsäkringslagen som betalas på basis av detta skadefall.	
	Ort och datum	Underskrift av den försäkrade eller av dennes vårdnadshavare eller intressebevakare samt namnförtydligande

Av FPA godkänd blankett 1719r SV 07.11