

Försäkringstagarens namn och adress
 

Försäkringsnr	Skadenr (fylls i av bolaget)	
Personnr	Telefon arbete	Telefon bostad
Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto	Nummer (inkl. clearingnr)	

 **Allmänna uppgifter**

När inträffade sjukdomen/ olycksfallet?	Datum	Vilken sjukdom/olycksfall	
Har du tidigare lidit av samma sjukdom?			
Hur gick olycksfallet till?			
Vilken skada uppstod?			
När och var anlätades läkare?	Datum	Plats	
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum	Går du fortfarande på behandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Avresedatum	Hemresedatum	Har skadan anmälats till SOS International <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Finns försäkring i annat bolag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket	
Övrigt?			

 **Bifoga originalkvitto, resehandlingar och läkarintyg**

Behandlingsdatum	Utgiftens art (läkararvode,	Erlagt belopp i utländsk medicin etc.)	Kostnad i svensk valuta	Kvitto nr valuta