

AIG Europe Limited (filial i Finland)
Kasarmikatu 44
FI-00130 Helsinki
Finland



Kundtjänst: 0203 03456 (Mån-Fre 9-21, Lör 10-16)
Fax: 0207 010 180
E-post: finlandclaims@aig.com

SKADEANMÄLAN FÖR RESEFÖRSÄKRINGAR

INSTRUKTIONER FÖR ERSÄTTNINGSSÖKANDE

Vänligen fyll i blanketten noggrant.

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

På vårdanstalter i Finland bör den föräkrade 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)
AIG Europe Limited
Tunnus 5008951
00003 Vastauslähetyks

(Utanför Finland)
AIG Europe Limited
Kasarmikatu 44
00130 Helsinki

UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN

Från vilken försäkring ansöker ni om ersättning?

<input type="checkbox"/> Reseförsäkring för medlemmar i fackförbund eller förening	Fackförbund eller förening Kyrkans akademiker AKI r.y.
Försäkringsnummer 102-2318	

ERSÄTTNINGSSÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Namn		Person-beteckning
Adress		
Postnummer	Postkontor	Land, om inte Finland
E-postadress		Telefon-nummer
Kontonummer (IBAN)	Vems konto, om inte ersättnings sökandes?	

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 likande försäkring för denna typ av skadefallt?

 Nej Ja, bolag:

Skadan:

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

Detaljerad beskrivning av skadefallet

ERSÄTTNINGSKRAV

	€		€
	€		€
	€		€
	€	summa	€

UNDERSKRIFT

Genom att tillhandahålla AIG 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 www.aig.com/fi-privacy-policy 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 AIG försäkrar du att du har informerat individen om Integritetspolicyens innehåll och att du har befogenhet att utlämna hans eller hennes Personuppgifter till AIG så som beskrivits i Integritetspolicyen.

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.

Datum och ort

Ersättningssökandes underskrift



AIG Europe Limited (Finland Branch)
Kasarmikatu 44
FIN-00130 Helsinki, FINLAND

Business ID 2488582-7
T +358 207 010 100
F +358 207 010 180
www.aig.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 AIG Europe Limited 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