



# Ersättningsanspråk

## För SAS EuroBonus American Express Card och SAS EuroBonus American Express Elite Card

### Vänligen läs detta först!

1. Fyll i anmälan så utförligt som möjligt och signera den längst ner.
2. Resebevis alternativt biljett som visar att minst 75% av resan är betald med ditt American Express Kort ska alltid bifogas.
3. Bifoga all relevant dokumentation till stöd för ditt anspråk i originalform men ta gärna egna kopior och spara hemma.

### Vänligen bifoga;

- vid sjukdom eller olycksfall: intyg med diagnos från läkare på resmålet,

recept och kvitton.

- avbokningsbekräftelse
  - vid stöld: polisanmälan och kvitton eller garantibevis för de stulna föremålen.
  - vid skadat bagage: intyg från transportören.
4. Vänligen sänd in ersättningsanspråk tillsammans med ovanstående dokumentation till Solid (se adress på sista sidan).

### ALLMÄNNA UPPLYSNINGAR

#### Kortinnehavare

Namn		
Kortnummer	Giltigt t o m	Personnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Efternamn		Förnamn
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adress	Postnummer/Ort	Telefon dagtid
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-postadress		Personnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Bank	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="text"/>		
Kontoinnehavarens namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade		
<input type="text"/>		
Avresedatum	Hemresedatum	Destination/Destinationer
<input type="text"/>		
Har skadan anmälts till?		
<input type="checkbox"/> Polis <input type="checkbox"/> Transportföretag <input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Ingen anmälan har gjorts <i>OBS! Originalintyg ska alltid bifogas</i>		
Finns hem- eller villaförsäkring?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer
Är skadan anmäld till annan försäkring?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer/Skadenummer
Har du tidigare haft en reseskada?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer/Skadenummer
Har du fått kontant ersättning på resmålet?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Belopp	
Är resan betald med ditt American Express Kort?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis	Belopp	

## RESGODSFÖRSÄKRING

Var uppstod förseningen  
och av vilken orsak?

Plats	Orsak
-------	-------

När har anmälan gjorts?

Datum	Klockslag
-------	-----------

När levererades resgodset?

Datum	Klockslag
-------	-----------

Om delar av inköpen inte är  
gjorda med ditt American  
Express-Kort, vänligen ange  
orsak.

Orsak
-------

## TRANSPORTFÖRSENING (FÖRSENING AV ALLMÄNT FÄRDMEDEL) — RESESTARTSKYDD

Var uppstod förseningen?  
Ange tidpunkt och orsak

Plats	Tid
-------	-----

Orsak
-------

När var ordinarie avgång  
planerad?

Datum	Klockslag
-------	-----------

När var den faktiska  
avgången?

Datum	Klockslag
-------	-----------

Om delar av inköpen inte är  
gjorda med ditt American  
Express-Kort, vänligen ange  
orsak.

Orsak
-------

## SJUKDOM ELLER OLYCKSFALL

Sjukdomen/skadans art?

--

När och var anlätades  
läkare?

Datum	Sjukvårdsinrättning
-------	---------------------

Var du inlagd på sjukhus?

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Från datum	Till datum
--	------------	------------

Får du fortfarande  
behandling?

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukvårdsinrättning	
--	---------------------	--

Befaras framtida men?

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
--

Har du tidigare lidit av  
samma sjukdom/skada?

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, när?	Om ja, var vårdades du?
--	-------------	-------------------------

## AVBOKA, SKJUTA UPP ELLER AVBRYTA RESAN

Anledningen till  
reseavbrottet?

<input type="checkbox"/> P g a sjukdom eller olycksfall	<input type="checkbox"/> Hemresa p g a nödsituation	<input type="checkbox"/> Annan orsak
---	---	--------------------------------------

Resans totala pris?

Belopp
--------

Kostnad för eventuell  
hemresa?

Belopp
--------

## JURIDISK ASSISTANS

När skedde händelsen som ligger till grund för tvisten?

Plats	Klockslag	Datum
<b>OBS!</b> Förutom en utförlig beskrivning av händelsen eller omständigheten för tvisten under rubriken "Skadehändelse" och en specifikation över kostnader i samband med tvisten ska alltid originalverifikationer över kostnader bifogas.		

## ANSVARSSKYDD

När och var inträffade skadan?

Är det en kropps- eller egendomsskada?

Är händelsen polisanmäld?

Eventuella vittnen?

Anser du någon person vara skyldig till skadan?

Anser du att skadelidande medverkat till skadan?

Har skadeståndsanspråk framställts mot dig?

Anser du skadeståndsanspråket som skäligt?

Har något belopp utbetalats?

Uppgifter om den skadelidande

Är den skadelidande

Datum	Klockslag	Plats
Beskriv skadan		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken polismyndighet?	
Namn		Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, namn?	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, hur?	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, belopp	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, av mig <input type="checkbox"/> Ja, av den skadelidande		Belopp
Efternamn	Förnamn	Person-/Organisationsnummer
Utdelningsadress		Telefon dagtid
Postnummer	Postadress	
<input type="checkbox"/> Okänd <input type="checkbox"/> Medresenär <input type="checkbox"/> Släkt <input type="checkbox"/> Annan		Om annan, på vilket sätt känner du skadelidande?
<b>OBS!</b> Förutom en utförlig redogörelse över skadehändelsen under rubriken "Skadehändelse" samt en specifikation över ersättningsanspråk under rubriken "Ersättningsanspråk" ska alltid polisanmälan samt verifikationer över kostnader i original bifogas.		

## RESGODSSKYDD — FÖRLUST/STÖLD AV ELLER SKADA PÅ MEDFÖRD EGENDOM

När och var inträffade/upptäcktes skadan?

Vem äger egendomen?

Var befann du dig vid upptäckten?

Var förvarades föremålen?

Var egendomen inlåst?

Var förvarades nyckeln?

Datum	Klockslag	Plats
<input type="checkbox"/> Skadelidande <input type="checkbox"/> Annan	Om annan, uppge namn	
Plats		
Plats		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, i så fall var och hur (t ex i hotellrum, safety box, resväska)	
Plats		

## SKADEHÄNDELSE (BESVARAS ALLTID)

Beskriv hur skadan inträffat\*


\* Får du inte plats går det bra att skriva på ett separat papper.

## ERSÄTTNINGSANSPRÅK (BESVARAS ALLTID)

Vid sjukdom och olycksfall, ange vad verifikationen avser.

Vid egendom ska, förutom föremålet, fabrikat och modell anges.

	Ifylls vid förlust eller skada			Ersättningsanspråk
	Inköpsår	Inköpspris	Nypris	

☐ FULLMAKT Ett "X" i rutan kan ge oss möjlighet att handlägga ditt ärende snabbare.

Jag medger att nedan nämnda handlingar får utlämnas till Solid, oavsett bestämmelser i sekretesslagen. Fullmakt för Solid att vid sjukdoms- eller olycksfallsanmälan hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket och polismyndighet inhämta upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar rätt att ta del av sjukjournaler och läkarintyg avseende mina sjukskrivningsförhållanden.

## OBLIGATORISK UNDERSKRIFT

Härmed bekräftas att samtliga uppgifter i denna anmälan till alla delar är korrekta och att uppgifterna får registreras för databehandling samt behandlas i enlighet med försäkringsvillkoren.

Ort	Datum
Namn	

Skadeanmälan skickas till: American Express Claim Management c/o SOLID Försäkringar AB. P.O Box 22151. SE – 250 23 Helsingborg, Sweden  
E-mail adress: amexskador@solidab.se