

Vältä niittien käyttöä. Käytä sen sijaan paperiliittimiä! Skannaamme kaikki liitteet

Vakuutuksenottaja

Nimi	
Ammatti	
Osoite	
Postinumero	Paikkakunta

Vaatumuksen nro.  
(Codan täyttää)

Vakuutuksen nro.	581 545 986 7
Puhelin kotiin	
Puhelin töihin	
Henkilötunnus	

Allekirjoitus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi

Vakuutan, että antamani vastaukset ja tiedot ovat totuudenmukaiset. Ymmärrän, että virheellisten tai puutteellisten tietojen vuoksi korvauksia voidaan pienentää tai ne voidaan evätä kokonaan. Hyväksyn samalla, että vakuutusyhtiö voi hankkia lääkinällisiä asiakirjoja/tietoja, jotka ovat välttämättömiä vahinkojen arvioinnissa, sekä esittää niihin liittyviä kysymyksiä. Hyväksyn lisäksi kyseisten asiakirjojen/tietojen lähettämisen muille tahoille, joille vahingosta on ilmoitettu.

Antamasi tiedot

Codan tallentaa tietosi. Codan voi hankkia tietoja sinusta ja sinulle sattuneesta vahingosta julkisesti käytettävissä olevien medioiden, lähteiden ja todistajien avulla arvioidessaan vahinkoilmoitusta ja korvausvaatimuksia. Codan säilyttää tiedot niin kauan kuin niitä voidaan tarvita vakuutuksesi ja ilmoittamiesi vahinkojen yhteydessä.

Henkilötunnus	Paikka ja päiväys	Allekirjoitus
---------------	-------------------	---------------

<b>Sähköposti</b>	Jos haluat viestinnän tapahtuvan sähköpostitse, kirjoita sähköpostiosoitteesi tähän:	
<b>Tärkeää!</b>	Jos et lähetä kaikkia tarvittavia tietoja ja liitteitä, käsittelyaika pitenee. Tämä johtuu siitä, että mikäli tarvitsemme lisätietoja tulemme esittämään tarpeelliset kysymykset ja pyytämään mahdolliset lisäliitteet käsittelyn edetessä. <i>Huomioithan:</i> Vakuutuksenottaja vastaa itse lääkärinlausunnosta ja muista asiakirjoista aiheutuvista kustannuksista.	
<b>Raportoivat vaatimukset</b>	<input type="checkbox"/> Matkatavaroiden myöhästyminen/matkatavaran <input type="checkbox"/> Peruutusturva/matkan keskeytyminen <input type="checkbox"/> Lennon myöhästyminen/lennon peruuntuminen/ylivaraustilanne <input type="checkbox"/> Matkatapaturma <input type="checkbox"/> Muu:	
<b>Tapaturma</b>	Osoite	Henkilötunnus
	Postinumero	
	Postiosoite	Paikkakunta
<b>Selvitys vahingosta</b>	Päiväys (päivä/kk/vuosi)	Aika (0-24)
	Tapahtuman kuvaus	
<b>Muu vakuutusuoja</b>	Oletteko hakenut korvausta toisesta vakuutusyhtiöstä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä – jos kyllä, ilmoita vakuutusyhtiö ja vakuutuksen numero:	
<b>Poliisi-raportti</b>	Ilmoititko asiasta poliisille? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
<b>Terveystiedot</b>	Mikäli olitte hoidossa jo ennen matkaa kyseisestä sairaudesta tai tapaturmasta, kirjoitattehan hoitaneen lääkärin yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten.	
	Osoite	
	Postinumero	Paikkakunta
	Onko sinulla ollut samoja oireita / samaa sairautta ennen tämän ilmoituksen tekemistä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä (päivä/kk/vuosi)	

<b>Tapahtuman kuvaus</b>	Kuvaa tapahtuma yksityiskohtaisesti <i>Liitä tarvittaessa erillinen lausunto</i>											
<b>Lisätietoja</b>												
<b>Pankkitilin numero</b>	Korttinumero (Täyttäkää ystävällisesti luottokortin 6 ensimmäistä ja 4 viimeistä numeroa) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Voimassaoloaika ____ / ____
Pankkitilin numero IBAN-muodossa												

**Lähetä vaatimus vastaanottajalle:**

Codan Forsikring, PL 66, 00551 Helsinki  
S posti: vahingot.codan@sos.eu

**Codanille lähetetyt asiakirjat:**

- Laskukopio tai muu todistus siitä, että matka on maksettu Danske Bankin luottokortilla tai, että korttitili on voimassa
- Lentoyhtiön PIR-raportti (Property Irregularity Report) matkatavaran myöhästymisestä
- Todistus lennon myöhästymisestä, peruuntumisesta tai ylivarauksesta
- Alkuperäiset kuitit kustannuksista
- Lääkärintodistus
- Poliisiraportti
- Muu

Vi skannar alla bilagor. Därför ber vi dig att inte häfta ihop dina handlingar utan använda gem i stället.

**Försäkringstagaren**

Namn	
Titel	
Adress	
Postnummer	Ort

**Skadenummer**

(fills i av Codan)

Försäkringsnummer	581 545 986 7
Telefon hem	
Telefon arbete	
Personnummer	

**Underskrift**

**Försäkrans rörande uppgifter**

Jag försäkrar att de svar och uppgifter jag lämnat är fullständiga och riktiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan leda till att ersättningen sänks eller helt uteblir. Jag godkänner samtidigt att de läkarjournaler/medicinska uppgifter som behövs för att bedöma skadan och frågor som rör denna inhämtas. Jag godkänner även att dessa handlingar/uppgifter lämnas vidare till andra bolag dit skadan också har anmälts.

**Codans bedömning av dina uppgifter**

Codan sparar dina uppgifter. Codan kan inhämta fler uppgifter om dig och din skada via offentligt tillgängliga medier, källor och vittnen m.m. för att bedöma din skadeanmälan och begäran om ersättning. Codan sparar uppgifterna så länge som de kan komma att behövas med hänsyn till din försäkring och de skador du anmält.

Personnummer	Ort och datum	Underskrift
--------------	---------------	-------------

<b>E-post</b>	Skriv din e-postadress här om du föredrar att kommunikationen i ditt ärende sker via e-post.	
<b>Viktigt!</b>	Om du inte skickar alla nödvändiga uppgifter och bilagor tar handläggningen av ditt ärende längre tid, eftersom vi måste ställa ytterligare frågor och invänta bilagorna. <i>Obs:</i> Försäkringstagaren svarar själv för kostnader för läkarintyg och annan dokumentation.	
<b>Typ av skada</b>	<input type="checkbox"/> Försening av resgods, stöld av/skada på resgods <input type="checkbox"/> Försening av flyg, inställt flyg/överbokning <input type="checkbox"/> Annat: <input type="checkbox"/> Avbruten resa, annullering av resa <input type="checkbox"/> Reseolycksfall	
<b>Skadelidande</b>	Namn	Personnummer
	Adress	
	Postnummer	Ort
<b>Beskrivning av skadan</b>	Datum (dag/månad/år)	Klockslag (0–24)
	Beskrivning av händelsen	
<b>Annat försäkrings-skydd</b>	Har anmälan även gjorts till ett annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – ange i så fall försäkringsbolag och försäkringsnummer:	
<b>Polis-anmälan</b>	Har du gjort en polisanmälan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Medicinska upplysningar</b>	Uppgifter om den skadelidandes läkare – Namn	
	Adress	
	Postnummer	Ort
	Hade du haft samma symptom/sjukdom före den händelse som skadeanmälan gäller? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (dag/månad/år)	

<b>Beskrivning av händelsen</b>	Beskriv händelsen i detalj <i>Om du vill kan du bifoga en separat redogörelse</i>											
<b>Övrig information</b>												
<b>Bankkonto</b>	Kortnummer (Fyll endast i de 6 första och de sista 4 siffrorna av kortnumret) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Giltighetstid ____ / ____
Bankkonto i IBAN-format												

**Skicka skadeanmälan till:**

Codan Forsikring, PL 66, 00551 Helsinki  
E-post: vahingot.codan@sos.eu

**Handlingar som skickas till Codan:**

- Kopia av fakturan eller annat intyg att resan betalats med Danske Bank-kreditkortet och att kortet är giltigt
- Flygbolagets PIR-rapport (Property Irregularity Report) angående försening av resgods
- Intyg över försening, inställning eller överbokning av flyg
- Originalkvitton för kostnader
- Läkarintyg
- Polisrapport
- Annat