

AIG Europe Limited (Finland Branch)  
Kaserngatan 44  
FI-00130 Helsingfors  
Finland

Kundtjänst: +358 (0)201 443 240  
E-post: finlandclaims@aig.com  
må-fr 10-18 (finsk tid GMT +02:00)



## SKADEANMÄLNINGSBLANKETT FÖR RESEFÖRSÄKRINGAR

### INSTRUKTIONER FÖR ERSÄTTNINGSSÖKANDE

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)  
AIG Europe Limited  
Tunnus 5008951  
00003 Vastauslähetys

(Utanför Finland)  
AIG Europe Limited  
Kaserngatan 44  
00130 Helsingfors  
Finland

### UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN

Från vilken försäkring ansöker Ni om ersättning?

<input type="checkbox"/> Reseförsäkring för Ålandsbankens MasterCard Premium Banking, Visa Debit Premium Banking, och MasterCard Betal- och Kreditkort Premium Banking (försäkringsnummer 102-3261)
<input type="checkbox"/> Reseförsäkring för Ålandsbankens MasterCard Private Banking, Visa Debit Private Banking, och MasterCard Betal- och Kreditkort Private Banking (försäkringsnummer 102-7553)
<input type="checkbox"/> Reseförsäkring för Ålandsbankens Visa Debit Standard och MasterCard Betal- och Kreditkort 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 jobbresan

Har Ni liknande försäkring för denna typ av skadefall?

 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/privacy-policy-finnish](http://www.aig.com/privacy-policy-finnish) 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