

Skadeanmeldelse

Du bedes venligst udfylde samtlige felter i skadeanmeldelsen og fremsende original dokumentation – først når vi har modtaget alle oplysninger, kan sagsbehandlingen påbegyndes.

Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver.

1. Personlige oplysninger

Policenr., billetnr. eller fakturanr.:		
Navn på virksomhed (hvis erhvervsforsikring):		
Navn:		
Adresse:	Postnr.:	By:
Land:	CPR-nr.:	Telefon-/mobilnr.:
E-mail:		

2. Bankoplysninger (Skal udfyldes)

Hvilken bankkonto ønskes beløbet overført til:	
Privat <input type="checkbox"/>	
Firma <input type="checkbox"/>	
Reg.nr.:	Kontonr.:
Ved overførsel til udenlandsk bank:	
SWIFT code/BIC code:	IBAN no./Account no.:
Fuldstændigt navn på kontoejer:	

3. Anden forsikring

(Skal udfyldes i henhold til forsikringsaftaleloven § 44 om dobbeltforsikringsforholdet)

Indboselskab:	Policenr.:	Har ingen indboforsikring <input type="checkbox"/>
Er skaden anmeldt til dit indboselskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
I tilfælde af ulykke angiv da venligst i hvilket selskab, du eventuelt har tegnet anden ulykkesforsikring:		
Er skaden anmeldt til din ulykkesforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

3. Anden forsikring - fortsat

Hvilke kreditkort har du? (gælder ikke Visa/Dankort)				
Mastercard <input type="checkbox"/>	Diners <input type="checkbox"/>	Amex <input type="checkbox"/>	Eurocard <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/> Andet:
Hvem har udstedt kortet?		Er det et privatkort eller et firmakort?		
Korttype fx Platinum/Gold/Silver mv.:		Kortnr.:		
Er rejsen betalt med kreditkortet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja, fremsend venligst betalingsoversigt		
Er skaden anmeldt til kreditkortselskabet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				

4. Informationer om rejsen

Udrejse (dag/måned/år):		Planlagt hjemkomstdato (dag/måned/år):		Faktisk hjemkomstdato (dag/måned/år):	
Formål med rejsen:	Ferie <input type="checkbox"/>	Ferie/Erhverv <input type="checkbox"/>	Erhverv <input type="checkbox"/>	Studie <input type="checkbox"/>	Andet:
Rejsebureau/arrangør:			I hvilket land skete skaden:		

5. Dækning

Hvad ønsker du erstatning for (sæt kryds)?					
Sygdom/Hjemtransport <input type="checkbox"/>	Feriekompensation (Vedlæg dok. for rejsens pris) <input type="checkbox"/>	Hjemkaldelse <input type="checkbox"/>	Sygeledsagelse/Tilkaldelse <input type="checkbox"/>		
Forsinket fremmøde <input type="checkbox"/>	Ulykke/Overfald <input type="checkbox"/>	Personlig sikkerhed <input type="checkbox"/>	Privatansvar/Retshjælp <input type="checkbox"/>		
Forsinket hjemrejse <input type="checkbox"/>	Selvrisiko ved leje af motorkøretøj <input type="checkbox"/>	Tandlæge & Fysioterapi <input type="checkbox"/>	Andet:		

6. Om hændelsen

Hvornår skete skaden/indtraf sygdommen (dag/måned/år)?
Beskriv venligst hændelsen i detaljer (vedlæg evt. en separat beskrivelse):

7. Sygdom/Tilskadecomst/Ulykke

1. Konsultation (dag/måned/år):	Hospitalsophold (fra dato /til dato):	Raskmelding (dag/måned/år):
Har du tidligere haft den samme sygdom/de samme symptomer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hvis ja, hvornår har du sidst været til lægen/tandlægen (dag/måned/år)?	Kontaktoplysninger til din læge/tandlæge:	
Er du i besiddelse af det Blå EU-sygesikringskort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, blev det fremvist til læge/hospital? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

8. Udgifter (vedlæg venligst originale bilag)

Udgift (læge, medicin, transport mv.):	Udgifter (lokal valuta):	Udgifter (DKK):	Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Total			

9. Underskrift

<p>Jeg giver hermed samtykke til,</p> <ul style="list-style-type: none"> at Gouda Rejseforsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Gouda Rejseforsikring finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling at dem Gouda Rejseforsikring indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Gouda Rejseforsikring har anmodet om <p>Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?</p> <ul style="list-style-type: none"> Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsskadestyrelsen Forsikringselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen Min arbejdsgiver (kun udveksling af visse oplysninger) <p>Hvilke oplysninger kan udveksles?</p> <ul style="list-style-type: none"> Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet Oplysninger om sociale, økonomiske og lignende forhold Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikrings sag Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold <p>Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Gouda Rejseforsikring har taget stilling til mit krav.</p> <p>Tidsbegrænsning, underretning mv. Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.</p> <p>Jeg får besked hver gang Gouda Rejseforsikring indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.</p>	
Dato:	Underskrift og CPR-nr.: