

Skadeanmälan

Försäkringsnummer:	Skadenummer:
--------------------	--------------

1. Försäkrade

Namn:		Personnr.:	
Adress	Postnr.:	Ort	
Land			
Tlf. Privat:		Tlf. arbete:	
E-mail:			

2. Skada

Vilken skada har uppstått? (beskrivning av händelseförloppet)
Datum för skadan?

3. Ersättning

Under vilken punkt i försäkringen yrkas ersättning?		
Läkar-/Sjuk-/Tandvård	Hemtransport	
Överfall	Avbeställningsskydd	Resor för vård
Ansvarsskydd	Egendomsskydd	
Resa för nära anhörig	Invaliditet/Dödsfall	
Rättsskydd	Resegodsskada	
Tentamensskydd	Annat	

4. Resa

Resa:	Studier:	Studier/resa:	Praktik:
Annat:			
Avresa:		Hemkomst:	
Researrangör:		Destinationsland:	

5. Sjukdom/olycka/skadetillfälle:

Datum och klockslag för sjukdom/olyckan:		1:a läkarbesök:	
Tillfrisknat:		Sjukhusvistelse (från – till)	
Läkarordinerat sängläge (från – till): (Läkarintyg ska bifogas)			
Har du tidigare haft samma eller liknande sjukdom/skada? ☐ Ja ☐ Nej		När:	
Namn/adress/tel till egen läkare:			
Blev du hemtransporterad av Gouda alarmcentral? ☐ Ja ☐ Nej		Datum:	
Har du annan olycksfallsförsäkring? ☐ Ja ☐ Nej	Bolag:	Försäkringsnummer:	Har du anmält skadan dit? ☐ Ja ☐ Nej

6. Kostnader vid sjukdom etc.

Diagnos	Kostnader (Läkare, medicin etc.)	Belopp (Valuta)	Har du betalt?

7. Skada/stöld

När konstaterades skadan(datum):			
När hände skadan (om annan tidpunkt)			
Vem är skadan rapporterad till:	Polis	Hotell:	
Transportföretag	Guid	Gouda:	
Annat:		Originalhandlingar skall medsändas	
Var förvarades föremålen när skadan inträffade?			
Bil ☐	Tåg ☐	Båt/Tält ☐	Flyg ☐
Hotell ☐	Buss ☐	Lägenhet ☐	
Annan plats			
Var bagaget incheckat/polleterat? ☐ Ja ☐ Nej	Hos vem:	Var förvaringsstället låst? ☐ Ja ☐ Nej	Vilka?:

8. Förlorade föremål

Vad har du förlorat?	Köpt datum	Inköpspris	Mitt ersättningskrav (bifoga original handlingar)
Om ersättning utbetalas ska den sättas in på följande bankkonto:			
Bank, SWIFT kod.:		Kontonummer, IBAN nummer:	

10. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna försäkringsbolaget Gouda de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.	
Datum:	Underskrift:

Glöm ej att klargöra dina krav samt bifoga originalhandlingar.