

Skadeanmeldelse

Afbestilling af rejse - Flex

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.: | | |
| Navn på virksomhed: | | |
| Navn: | | |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| Land: | CPR-nr.: | Telefonnr.: |
| E-mail: | | |

2. Bankoplysninger (skal udfyldes)

| | | |
|--|-----------------|---|
| Hvilken bankkonto ønskes beløbet overført til: | | |
| Privat bankkonto: <input type="checkbox"/> | | Firma bankkonto: <input type="checkbox"/> |
| Dansk bankkonto: | Reg. nr.: | Kontonr.: |
| Udenlandsk bankkonto: | BIC/SWIFT code: | IBAN/Account no.: |
| Fuldstændigt navn på kontoejer: | | |

3. Anden forsikring

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

| | | | |
|--|----------------------------------|---|--|
| Indbo-/rejseforsikringselskab: | Policenr.: | Har ingen indboforsikring: <input type="checkbox"/> | |
| Er skaden anmeldt til dit indbo-/rejseforsikringselskab? | | | Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> |
| 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: <input type="checkbox"/> |
| Hvem har udstedt kortet? | | Er det et privatkort eller et firmakort? | |

3. Anden forsikring - fortsat

| | |
|---|--|
| Korttype (Platinum, Gold, Silver etc.): | Kortnr.: |
| Er rejsen betalt med kreditkort? Hvis ja, fremsend venligst betalingsoversigt | Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> |
| Er skaden anmeldt til kreditkortselskabet? | Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> |

4. Oplysninger om årsagen til afbestillingen

| | |
|---|----------|
| Hvem er skadelidte (udfyldes kun hvis skadelidte er en anden end forsikringstager)? | CPR-nr.: |
| Hvad er din relation til skadelidte? | |
| Sygdom/tilskadekomst – diagnose: | |
| Dødsfald/årsag: | |
| Andet: | |
| Dato for hændelsen, som er årsag til afbestillingen (dag/måned/år): | |

5. Afbestilling af rejsen

| | |
|--|--|
| Hvilken dato blev rejsen afbestilt (dag/måned/år)? | |
| Hvis afbestillingen ikke skete straks efter hændelsen, angiv da venligst årsagen hertil: | |
| Hvad udgør dit tab i forbindelse med afbestillingen? kr. | Er der foretaget refusion fra anden side? kr. |

6. Øvrige forsikringstagere som har afbestilt samme rejse (og har afbestillingsforsikring hos Gouda)

| | |
|-------|----------|
| Navn: | CPR-nr.: |
| Navn: | CPR-nr.: |
| Navn: | CPR-nr.: |

7. Underskrift

Jeg giver hermed samtykke til,

- 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.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen
- Min arbejdsgiver (kun udveksling af visse oplysninger).

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- 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 forsikringssag
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Gouda Rejseforsikring har taget stilling til mit krav.

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.

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.

| | |
|-------|-------------------------|
| Dato: | Underskrift og CPR-nr.: |
|-------|-------------------------|

Er forsikrede ikke i stand til at underskrive selv, skal der underskrives af den person, der varetager forsikredes interesser.

| | |
|-------|-------------------------|
| Dato: | Underskrift og CPR-nr.: |
|-------|-------------------------|

Hvis sygdommen vedrører en anden end forsikrede, skal denne tillige underskrive her.

Jeg accepterer ved min underskrift, at selskabet modtager lægelige oplysninger om min person:

| | |
|-------|-------------------------|
| Dato: | Underskrift og CPR-nr.: |
|-------|-------------------------|

Lægeerklæring

Afbestilling af rejse - Flex



Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver.

Patientinformation:

(udfyldes af patienten)

| | | |
|------------|---------------------|-------------|
| Navn: | CPR-nr.: | Telefonnr.: |
| Policenr.: | Navn på virksomhed: | |

1. Oplysninger om patientens helbredstilstand

| | | | |
|---|---|------------------------------|-------------------------------|
| Er der indtrådt en akut sygdom/tilskadekomst? | | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Beskrivelse af sygdomsforløbet/tilskadekomsten: | | | |
| Hvornår opstod sygdommen/tilskadekomsten (symptomdebut) (dag/måned/år)? | Er det din overbevisning, at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kan påbegynde rejsen? | | |
| | Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> | | |
| Hvornår konsulterede patienten første gang en læge vedrørende den aktuelle sygdom/tilskadekomst (dag/måned/år)? | | | |
| Hvilken diagnose har patienten fået stillet? | | | |
| Dansk: | Latin: | | |

2. Hvornår blev undersøgelsen foretaget?

| | |
|-------------------------|---|
| Dato for undersøgelsen: | Der kan eventuelt vedlægges relevante udskrivningsbreve samt undersøgelsesresultater. |
|-------------------------|---|

3. Underskrift

| | |
|--|---------------------|
| Denne attest er udfærdiget i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten samt min undersøgelse af patienten. Jeg er indforstået med, at denne attest kan blive udleveret til patienten af Gouda Rejseforsikring. | |
| Dato: | Lægens underskrift: |
| Lægens adresse/stempel: | CVR-nr./SE-nr.: |
| <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> | |
| Attesten sendes i en lukket kuvert mærket "Attest" til Gouda Rejseforsikring, att.: Medicinsk afdeling, A.C. Meyers vænge 9, 2450 København SV. | |