

Skadeanmälan

Avbeställning

Glöm ej att bifoga de handlingar som krävs för ärendets handläggning,

- outnyttjade biljetter
- kvitto på betalning av resan/arrangemanget
- ifyllt läkarintyg vid avbeställning till följd av sjukdom
- dödsattest vid avbokning till följd av dödsfall
- övrig dokumentation som styrker orsaken till avbeställningen

Försäkringsnummer: _____ Skadenummer: _____ (Ifylles av Gouda)

Namn: _____ Personnr.: _____

Adress: _____ Telefon: _____

Postnr.: _____ Ort: _____ Mobilnr.: _____

E-post (används i första hand vid kontakt): _____

1. Konto vid utbetalning av försäkringsersättning:

Kontoinnehavare: _____ Bank: _____

Clearingnr: _____ Kontonummer: _____

2. Medresenärer som avbokats resan:

Namn: _____ Personnummer: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

3. Vem är orsak till avbeställningen?

Namn: _____ Personnummer: _____

Försäkringstagaren Annan resdeltagare

Ej resdeltagare. Relation till den försäkrade: _____

4. Beskriv orsaken till avbeställningen:

Bifoga ev. separat redogörelse

5. Tidsangivelser för resa och avbeställning:

När bokades resan? _____ Är resan slutbetalad och i så fall när? _____

När inträffade händelsen som föranledde avbeställningen? _____

När skedde avbeställningen? _____

Om resan ej avbokats omedelbart, ange anledningen till detta här: _____

6. Specifikation av ersättningskrav

Till vilket belopp uppgår din förlust i samband med avbeställningen? _____

Avser detta belopp fler personer och i så fall hur många? _____

Har researrangören ersatt Er med anledning av avbeställningen? Ange belopp i sådant fall: _____

7. har resan betalats med kort? Ja Nej Till vilken bank är kortet kopplat? _____

Typ av kort: VISA Mastercard Annat: _____

Kortnummer: _____

8. Underskrift

Jag förklarar härmed att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna Gouda Reseförsäkring de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bolaget anser sig behöva för att bedöma mitt ersättningsanspråk. Vidare ger jag Gouda full rådighet över eventuellt outnyttjade biljetter i ärendet.

Datum: _____ Underskrift: _____

Avser anmälan omyndigt barn gäller vårdnadshavarens underskrift

Om avbeställning gjorts till följd av sjukdom/olycka hos annan än försäkringstagaren krävs även denna persons underskrift. Genom min underskrift accepterar jag att Gouda Reseförsäkring får ta del av mina journaler eller andra handlingar som upprättats i samband med sjukvård eller läkarbesök.

Datum: _____ Underskrift: _____

Avser anmälan omyndigt barn gäller vårdnadshavarens underskrift