

# Skadeanmälan

## 1. Besvaras vid alla typer av händelser: OBS! Blanketten skall undertecknas på sida 3.

Försäkringsnummer:	Skadenummer: (Ifylles av Gouda)
--------------------	---------------------------------

Namn:		Personnr.:
Adress:		Telefon:
Postnr.:	Ort:	Mobilnr.:
E-post (används i första hand vid kontakt):		

## 2. Konto vid utbetalning av försäkringsersättning:

Kontoinnehavare:	Bank:
Clearingnr:	Kontonummer:

## 3. Resan avser:

Tjänsteresa: <input type="checkbox"/>	Företag:	
Privat resa: <input type="checkbox"/>	Researrangör:	
Avresa:	Hemkomst:	Vistelseland:

## 4. Övriga försäkringar:

Finns hem-/villaförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag:
Finns annan giltig försäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag:
Har Du betalt Din resa med Betal- eller kreditkort? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket kort?
Har Du anmält händelsen till någon av ovanstående? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ref.nr.:

## 5. När inträffade skadan/uppstod sjukdomen/konstaterades egendomsförlusten?

Datum:
--------

## 6. Beskriv händelse-/sjukdomsförloppet i detalj: (separat redogörelse går bra att bifoga):

Bifoga ev separat redogörelse

## 7. Ifylles vid sjukdom/olycka/skada:

Vilka symptom föranledde läkarvård?		När uppstod symptomen? Datum:	
När skedde första läkarbesöket? Datum:		Vårdgivare:	
Sjukhusvistelse? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Från:	Till:	Behandlas Du fortfarande? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har Du tidigare haft samma eller liknande sjukdom/skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		När?:	
Namn/adress/tel till egen läkare:		Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Kostnader vid sjukdom/skada etc. Originalhandlingar ska bifogas			

Diagnos	Kostnader (Läkare, medicin etc.)	Belopp (Valuta)	Har Du betalat?(Nej/Ja)
Bifoga ev separat redogörelse			

## 8. Ifylles vid stöld/förlust av egendom:

Vem är stölden/förlusten rapporterade till?			
Polis: <input type="checkbox"/>	Transportföretag: <input type="checkbox"/>	Flygbolag: <input type="checkbox"/>	
Annat: Originalhandlingar ska bifogas <input type="checkbox"/>			
Var förvarades föremålen när skadan inträffade?			
Bil: <input type="checkbox"/>	Lägenhet: <input type="checkbox"/>	Tåg: <input type="checkbox"/>	Flyg: <input type="checkbox"/>
Hotell: <input type="checkbox"/>	Buss: <input type="checkbox"/>	Annat: <input type="checkbox"/>	
Var bagaget incheckat/polleterat? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Hos vem:	
Var förvaringsstället låst? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Fanns det tecken på inbrott? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Vilka:	

## 8. Ifylles vid stöld/förlust av egendom:

Förlorade föremål. Originalkvitton ska bifogas Förutom föremålet skall fabrikat och modell anges		
Vad har Du förlorat?	Inköpsdatum	Inköpspris

## 9. Ifylles vid försenad resa/försenat bagage:

När skulle Du ha anlänt till destinationen?	När anlände Du?
När skulle bagaget ha anlänt till destinationen?	När anlände det?
Intyg från flygbolag/PIR-rapport ska bifogas	

Vilka kostnader har Du haft i samband med förseningen? Originalkvitton ska bifogas	
Typ av kostnad	Belopp (Valuta)

## 10. Ifylles vid alla typer av händelser:

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:
Avser anmälan omyndigt barn gäller vårdnadshavarens underskrift	
Datum:	Namnförtydligande: