

Skadeanmälan

Gouda Matkavakuutus Malms handelsväg 8 A 00700 Helsingfors				
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:	
	<i>Originalhandlingar skall medsändas</i>			
	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	
	Fanns tecken på inbrott?	Ja	Nej	Vilka?:
8. Förlorade föremål	Vad har du förlorat?	Köpt datum	Inköpspris	Mitt ersättningskrav (bifoga originalhandlingar)
		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. Skickas till: Gouda Reseförsäkring.			
Gouda Matkavakuutus • Malms handelsväg 8 A • 00700 Helsingfors				