

Skadeanmeldelse – Afbestilling af rejse

Du bedes venligst udfylde samtlige felter i skadeanmeldelsen og vedlægge lægeerklæring samt kopi af faktura på rejsen – først når vi har modtaget alle oplysninger, kan sagsbehandlingen påbegyndes.

Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver og fremsend den til:

1. Personlige oplysninger

Bookingnr.:		
Navn:		
Adresse:	Postnr.:	By:
Land:	CPR-nr.:	Telefonnr.:
E-mail:		

2. Bankoplysninger

Reg.nr.:	Kontonr.:
----------	-----------

3. Oplysninger om årsagen til afbestillingen

Hvem er skadelidte (udfyldes kun hvis skadelidte er en anden end forsikringstager):
Hvad er din relation til skadelidte:
Sygdom/tilskadekomst – diagnose:
Dødsfald/årsag:
Andet:
Dato for hændelsen, som er årsag til afbestillingen:

4. Afbestilling af rejsen

Hvilken dato blev rejsen afbestilt:	
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.

5. Underskrift

<p>Jeg giver hermed samtykke til,</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p>Hvilke oplysninger kan udveksles?</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 forsikrings sag• Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold. <p>Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Gouda Rejseforsikring har taget stilling til mit krav.</p> <p>Tidsbegrænsning, underretning mv.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
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

– udfyldes af patientens læge



Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver og fremsend den til:

Attesten betales af patienten.

--

Som følge af din patients sygdom/tilskadekomst gøres der krav gældende i henhold til den tegnede afbestillingsforsikring.

Patient information:

Navn:	CPR-nr.:	Telefonnr.:
-------	----------	-------------

1. Oplysninger om patientens helbredstilstand

Er der indtrådt en akut sygdom/tilskadekomst:	
Hvornår opstod sygdommen/tilskadekomsten (symptomdebut):	Er det din overbevisning, at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kan påbegynde rejsen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvornår konsulterede patienten første gang en læge vedrørende den aktuelle sygdom? (dato/måned/år):	

2. I tilfælde af en kronisk lidelse

Er der indtrådt en uventet forværring, som har medført, at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kan påbegynde rejsen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvornår indtrådte forværringen (dato/måned/år):
Har patienten haft sygdomssymptomer inden for de sidste tre måneder op til købet af rejsen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Yderligere bemærkninger (særlige forhold, der bør inddrages i behandlingen af sagen):	

3. Om rejsens betydning for patientens helbred

Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen/skaden væsentligt eller i øvrigt skade patientens helbred: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Skønner du at patientens almene tilstand er sådan, at det er en hindring for at rejse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--

4. 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:
CVR-nr./SE-nr.:	Lægens stempel: