



SKADEANMELDELSE VEDRØRENDE AFBESTILLINGSFORSIKRING

Anmeldelsen samt afbestillingspolice bedes bilagt lægeerklæring indeholdende diagnose eller grunden til at den planlagte rejse måtte afbrydes, ubenyttede flybilletter eller anden dokumentation for tab, f.eks. i form af faktura fra écart. Ved dødsfald vedlægges kopi af dødsattest.

Forsikringstager: Navn _____ Adresse: _____ Postnr., by: _____ CPR-nr.: _____ Tlf.: _____ Booking nr. _____
Hvem vedrører afbestillingen? Forsikringstager? Ja Nej En rejseledsager? Ja Nej Navn: _____ En ikke-medrejsende pårørende? Ja Nej Navn: _____ Hvorledes beslægtet med forsikringstager? _____ CPR. nr.: _____
Hvilken hændelse førte til afbestilling af rejsen? _____ Hvornår indtraf hændelsen, der førte til afbestillingen? Dato: _____ Hvornår blev rejsen afbestilt? Dato: _____ Hvis afbestillingen ikke fulgte straks, angiv da grunden hertil: _____ _____
Hvad udgør dit tab i forbindelse med afbestillingen? Kr. _____ Er der foretaget refusion fra andre end écart? Kr. _____
Såfremt nødvendig dokumentation foreligger og afbestillingen vurderes dækningsberettiget, oplys da følgende oplysninger til udbetaling af erstatning: Bank: _____ Reg. nr.: _____ Kontonr.: _____
Dato for udfyldelse af skadeanmeldelsen: _____ Jeg accepterer ved min underskrift, at Gouda Rejseforsikring kan indhente relevante lægelige oplysninger om min person. _____ Forsikringstagers underskrift (skal altid udfyldes) Hvis sygdommen vedrører en anden end forsikrede, skal denne tillige underskrive her: Jeg accepterer ved min underskrift, at Gouda Rejseforsikring kan indhente relevante lægelige oplysninger om min person. _____ Underskrift

Fremsend denne skadesanmeldelse samt udfyldt lægeerklæring til:
écart, Lyngbyvej 70, 2100 København Ø

TIL LÆGEN

Som følge af Deres patients sygdomstilfælde/uheld gøres der krav gældende overfor écart i henhold til den tegnede forsikring. Med henblik på en afgørelse af erstatningen bedes De venligst besvare spørgsmålene.

LÆGEERKLÆRING	
Patientens navn _____	
Adresse _____	
Postnr. _____ By _____	
CPR-nr. _____ écart's booking nr.: _____	
1. Hvilken sygdom drejede det sig om? _____ _____ _____	
2. Hvornår fik patienten denne sygdom? Dato: _____	
3. Er det lægens overbevisning at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kunne påbegynde rejsen? Ja Nej	
4. Tid og sted for første konsultation Dato: _____ Sted: _____	
5 a. Har patienten tidligere lidt af samme sygdom? Hvis ja, da hvornår? _____	
b. I tilfælde af kronisk lidelse: Er der indtrådt en akut uventet forværring, som medførte at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kunne påbegynde rejsen? Ja Nej	
c. Hvornår indtrådte denne forværring? Dato: _____	
Bemærkninger: (særlige forhold der bør inddrages i sagens behandling). _____ _____ _____ _____	

Dato

Stempel

Lægens underskrift

Lægens CPR-nr. / SE nr.

Denne attest, som er tiltrådt af Den almindelige danske Lægeforening, betales af patienten iht. gældende overenskomst. Attesten indsendes direkte til: **écart, Lyngbyvej 70, 2100 København Ø**