

Den udfyldte formular skal fremsendes til:

Vitus Rejser, Sølvgade 15-17, 1307 København K

eller sendes på mail til info@vitus-rejser.dk



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.

1. Personlige oplysninger

| | | |
|--|---------------|----------------------------|
| Policenr.: | Billetnr.: | Fakturanr.: |
| Navn på virksomhed (hvis erhvervsforskning): | | |
| Navn: | | |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| Land: | Cpr – nummer: | Telefonnummer/mobilnummer: |
| E-mail: | | |

2. Bankoplysninger

(Hvis bankkonto ikke oplyses, fremsender vi en check fratrukket et administrationsgebyr på 100 kr.)

| | |
|--|-----------------------|
| Skal erstatningen overføres til: | |
| Privat bank konto <input type="checkbox"/> | |
| Firma bank konto <input type="checkbox"/> | |
| Reg. nr.: | Kontonummer: |
| Ved overførsel til udenlandsk bank: | |
| Swift code/Bic code: | Iban nr./Account no.: |
| Fuldstændigt navn på kontoejer: | |

3. Anden forsikring

(Skal udfyldes i henhold til forsikringsaftaleloven § 44 om dobbeltforsikringsforholdet)

| | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Eget indboforsikringsselskab: | Policenummer: | | | |
| Er skaden anmeldt til dit eget forsikringsselskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja, angiv dato. | | | |
| Hvilke kreditkort har du? (gælder ikke Visa/Dankort) | Mastercard <input type="checkbox"/> | Eurocard <input type="checkbox"/> | Diners <input type="checkbox"/> | Andet <input type="checkbox"/> |
| Er det et privat eller et firmakort? (sæt kryds) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | | |

3. Anden forsikring - fortsat

| | |
|--|--|
| Hvem har udstedt kortet? | |
| Korttype f.eks. Platinum/Gold/Silver mv.: | Kortnummer: |
| Er rejsen betalt med kreditkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja, fremsend venligst betalingsoversigt |
| Er skaden anmeldt til kreditkortselskabet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

4. 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: |

5. Lægeoplysninger

| |
|--|
| Navn & adresse på din praktiserende læge/tandlæge: |
|--|

6. Oplysninger om rejsen

| | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|
| Rejsens formål: (sæt kryds) | Ferie <input type="checkbox"/> | Erhverv <input type="checkbox"/> | Ferie & erhverv <input type="checkbox"/> | Andet <input type="checkbox"/> |
| Hvor er rejsen købt/Rejsebureau: | | | | |
| Hvornår er rejsen købt: | Planlagt afrejsedato: | Planlagt hjemkomstdato: | | |
| Dato for afbestilling hos rejsearrangøren: | | | | |

7. Specifikation af udgifter

| | | | | |
|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Hvor meget har du betalt for rejsen: | Oplys beløb, der er/vil blive refunderet af rejsebureau: | | | |
| Betalingsform: (sæt kryds) | Kontant <input type="checkbox"/> | Visa/Dankort <input type="checkbox"/> | Kreditkort <input type="checkbox"/> | Andet <input type="checkbox"/> |
| NB! Hvis rejsen er betalt med kreditkort, skal der fremsendes dokumentation herfor (kopi af kvittering, betalingsoversigt eller lignende) | | | | |

8. Øvrige forsikringstagere som har afbestilt samme rejse (og har afbestillingsforsikring hos Gouda)

| | |
|-------|-----------|
| Navn: | Cpr. nr.: |
| Navn: | Cpr. nr.: |
| Navn: | Cpr. nr.: |
| Navn: | Cpr. nr.: |
| Navn: | Cpr. nr.: |

9. Underskrift

| | |
|--|--------------|
| <p>Jeg giver hermed samtykke til, at</p> <ul style="list-style-type: none">• Gouda Rejseforsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Gouda Rejseforsikring finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling• de, som 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 andre forhold• Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikring 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. Tidsbegrænsning, underretning mv. 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: |
| Er forsikrede ikke i stand til at underskrive selv, skal der underskrives af den person, der varetager forsikredes interesser. | |
| Dato: | Underskrift: |
| 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: | |
| Underskrift: | Dato: |