

Skademelding for kredittkortkunder

1. Opplysninger om kortinnehaver

Kortinnehaverens navn:		Kortnummer:	
Fødsels- og personnummer:		Utløpsdato:	
Adresse:			Telefon:
Postnummer:	Sted:		Mobiltelefon:
E-post:			Kontonummer:
Ved å registrere e-postadresse aksepterer du at vi kan benytte e-post i videre dialog om denne skaden			

2. Opplysninger om skadelidte / sikrede

Samme som kortinnehaver: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, fyll ut nedenstående felter:			
Navn:		Familietilknytning til kortinnehaver:	
Adresse:	Postnummer:	Sted:	
Mobilnummer:			Personnummer:
E-post:			
Ved å registrere e-postadresse aksepterer du at vi kan benytte e-post i videre dialog om denne skaden			

3. Opplysninger om reisen / andre forsikringsordninger

Avreisedato fra fast bopel:	Planlagt hjemkomst:	Faktisk hjemkomst:	
Formål:	Ferie <input type="checkbox"/>	Tjenestereise <input type="checkbox"/>	Studier <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>
Land/oppholdssted:	Reisebyrå/hotell:		
Har du / din ektefelle / foreldre i samme husstand reiseforsikring i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja: I hvilket selskap?	Forsikringsnummer:	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du / din ektefelle / foreldre i samme husstand reiseforsikring gjennom arbeidsgiver i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja: I hvilket selskap?	Forsikringsnummer:	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

4. Skaden

Skadedato:	Skadested:			
Beskrivelse av skaden / tapet / sykdommen / ulykken				
Navn og kontaktinfo. til vitner til hendelsen:				
Hvem er hendelsen rapportert til:				
<input type="checkbox"/> Politi	<input type="checkbox"/> Transportselskap	<input type="checkbox"/> Hotell	<input type="checkbox"/> Reiseleder	<input type="checkbox"/> Gouda

5 a) Fylles ut ved sykdom / ulykke

Hvilken sykdom/skade har du/den syke vært utsatt for?	Når inntraff sykdommen/skaden?		
Har du/den syke tidligere hatt samme symptomer/sykdom?	Hvis ja, hvilke dato:		
Sykehusopphold - Dato fra - Dato til	(Dokumentasjon vedlegges)		
Sengeleie forskrevet av lege - Dato fra - Dato til	(Dokumentasjon vedlegges)		
Vil ulykken kunne medføre varig, medisinsk invaliditet?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Navn/adresse/tlf. på lege:			
Er du/den syke/skadede friskmeldt:	Når:	Hva var reisens totale pris, betalt før skaden inntraff?	(legg ved original kvitteringer)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

5 b) Skadeomfang ved sykdom/ulykke – spesifiserte utgifter (originale kvitteringer vedlegges)

Diagnose	Type utgift: (Lege/medisin/merutgifter o.l.)	Beløp (Lokal valuta)	Er regningen betalt?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

6 a) Fylles ut ved tap av reisegods / nødvendige innkjøp ved forsinket bagasje

Ved forsinket bagasje trenger du ikke svare på spørsmålene under, gå videre til punkt 6b).

Var bagasjen innsjekket/deponert?		Hos hvem:	
Når hadde du helt sikkert gjenstanden sist Dato:	Klokkeslett:	Hvor var gjenstanden oppbevart:	
Når oppdaget du at gjenstanden var borte? Dato:	Klokkeslett:		
Hvor oppholdt du deg i denne perioden, og hvilke aktiviteter ble gjennomført?			
La du merke til noe spesielt som kan ha med tapet å gjøre?			
Vil du utelukke at du har mistet gjenstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvorfor utelukker du det:	
Ved innbrudd i bil må følgende oppgis:			
Hvor i bilen ble eiendelene oppbevart?		Type bil: <input type="checkbox"/> Personbil <input type="checkbox"/> Stasjonsvogn <input type="checkbox"/> Varevogn	
Bilens registreringsnummer:		I hvilket selskap er bilen forsikret?	

6 b) Skadeomfang - tap av /skade på eiendeler (originale kvitteringer vedlegges)

Ved forsinket bagasje: Fyll inn det du har kjøpt og oppgi innkjøpspris. Legg ved original kvittering og PIR-rapport (property irregularity report).

Hva har du tapt/kjøpt:	Innkjøpsdato:	Innkjøpspris:	Krav:	Er gjenstanden betalt av arbeidsgiver
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Dersom noen av gjenstandene er betalt av arbeidsgiver, skal arbeidsgivers kontonummer skrives her:				
Angi forsinkelsens lengde i dager, timer og/eller minutter:			På hvilken strekning/hvor oppsto forsinkelsen?	

Legg ved skriftlig bekreftelse fra fly-/transport-selskap som bekrefter forsinkelsens årsak og lengde, samt kvittering som viser merutgifter.

7. Fylles inn ved avbestilling av reiser, forsinket reise eller ved innhenting av reise grunnet forsinkelse (originale kvitteringer vedlegges)

Årsaken til at reisen ble forsinket / avlyst:
Hvilke utlegg har dette medført:
Hva er betalt for reisen totalt:
Hva utgjør flyskatter og avgifter:
Eventuell annen refusjon fra reisearrangør:
Netto avbestillingskostnader som søkes refundert:

Behandling av avbestillingskrav forutsetter at følgende vedlegges:

- Ubenyttede flybilletter/andre billetter, reiseplan, samt kvittering
- Ved sykdom: Legeerklæring, som bekrefter en av årsakene
- Ved dødsfall: Kopi av dødsattest eller skifteattest
- Relevant dokumentasjon ved andre dekningsberettigede årsaker

8. Rettshjelp og privatansvar

Vennligst legg ved egen forklaring med bilag i original

9. Underskrift

Undertegnede er klar over at det er mitt ansvar å innhente medisinske opplysninger som dokumenterer skaden/sykdommen, jf. FAL § 8-1. Dersom selskapet likevel ikke mottar tilstrekkelige opplysninger, gir undertegnede selskapet fullmakt til å innhente opplysninger fra leger, psykologer, legevakt, sykehus m.v som har behandlet/undersøkt meg i forbindelse med sykdommen/skaden jeg nå søker erstatning for. Hvis Gouda finner det nødvendig å innhente opplysninger utover dette, må selskapet innhente utvidet fullmakt.	
Jeg bekrefter med min underskrift at overstående opplysninger er korrekte og fullstendige. Jeg er klar over at det å gi uriktige opplysninger til selskapet (svik) kan medføre politianmeldelse og fratrar meg retten til erstatning, helt eller delvis, og at Gouda da kan si opp alle forsikringsavtaler med meg, jfr. Forsikringsavtalelovens §§ 8-1 og 18-1.	
Jeg overdrar med dette mitt krav på refusjon fra HELFO til mitt forsikringsselskap vedr. dekning av utgifter til helsehjelp, mottatt i utlandet. Overdragelsen av kravet er begrenset til det beløp forsikringsselskapet utbetaler ved helsehjelp i utlandet. Jeg bekrefter herved å ha mottatt behandling som beskrevet i dette skjema, samt at jeg ikke har benyttet det Europeiske Helsetrygdkort i forbindelse med behandlingen.	
Dato:	Underskrift: