



SKADEANMÄLAN EGENDOMSSKADA ELLER FÖRSENING

1. Information om huvudförsäkrad

Namn:	Personnummer: _____	Telefon:
Gatuadress: * Är detta en ny adress? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Postnummer: Postort:	E-post:
Försäkringsnummer: 4805046	Arbetsgivare/organisationsnummer: Stockholms Stad AB	Vistelseland:

2. Information om skadelidande – ifylles endast om skadelidande är annan än huvudförsäkrad

Namn:	Personnummer: _____	Telefon:
Gatuadress: * Är detta en ny adress? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Postnummer: Postort:	E-post: (primär kontaktväg, vänligen meddela Gouda om du önskar kommunikation via post)
Din relation till den huvudförsäkrade: Make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> _____	Sysselsättning: Arbetar <input type="checkbox"/> Studerar <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> _____	

3. Utbetalningsuppgifter – uppgifter om betalningsmottagare för ersättning

Kontoinnehavare:	Bank:	Clearingnummer:	Kontonummer:
IBAN:	SWIFT-code:	ABA/reg:	

4. Anmälan om egendomsskada

Datum då egendomsskadan inträffade: Åå/mm/dd: __/__/__	Har händelsen anmälts till: OBS! Rapport skall bifogas anmälan Polis JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Flygbolag JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Hotell JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Annan JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vem? _____	Finns annan gällande försäkring? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om JA, vilken:
Beskrivning av händelseförloppet: _____ _____ _____ _____		
Vid inbrott, fanns tecknen på inbrott? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om JA, vilka:	Vart förvarades egendomen: Bil <input type="checkbox"/> Lägenhet <input type="checkbox"/> Incheckad <input type="checkbox"/> På dig <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Var? _____	Vart förvaringsstället låst? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>



5. Specifikation av förlorad/skadad egendom

<u>Typ av egendom:</u> _____ _____ _____ _____	<u>Typ av skada/förlust:</u> _____ _____ _____ _____	<u>Uppskattat värde :*</u> _____ _____ _____ _____
--	--	--

* Bifoga originalkvitto

6. Anmälan om försening eller bagageförsening

När skulle du/ditt bagage ha anlänt till destinationen? Åå/mm/dd: __/__/__ kl __: __	När anlände du? Åå/mm/dd: __/__/__ kl __: __ När anlände ditt bagage? Åå/mm/dd: __/__/__ kl __: __	Finns annan gällande försäkring? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om JA, vilken:
Är försening rapporterad till transportören? OBS! Förseningsintyg måste bifogas skadeanmälan JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Övrig information om förseningen:	

7. Specifikation av kostnader vid försening eller bagageförsening

<u>Typ av kostnad:</u> _____ _____ _____ _____ _____	<u>Belopp/valuta:</u> _____ _____ _____ _____ _____	<u>Har du betalat? Ja*/Nej**</u> _____ _____ _____ _____ _____
---	--	---

* Bifoga originalkvitto
** Bifoga originalfaktura

8. Underskrift och medgivande om hantering av personuppgifter

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är riktiga, fullständiga och sanningsenliga. Skulle omständigheter uppstå eller komma till min kännedom efter att denna skadeanmälan inlämnats till Gouda, som kan ha betydelse för ärendets bedömning, förbinder jag mig att omgående informera Gouda om detta. Förlorad egendom som senare återfås skall lämnas tillbaka till Gouda.

Jag medger att Gouda får inhämta och behandla de personuppgifter om mig som är nödvändiga för ärendets reglering. Uppgifter kan komma att inhämtas från den försäkrade, vårdinrättning, läkare, myndighet, försäkringsbolag, allmän försäkringskassa, arbetsgivare eller annan som besitter uppgifter av betydelse för ärendets bedömning. Jag medger vidare att Gouda lämnar ut uppgifter i ärendet till huvudförsäkrads arbetsgivare enligt ovan punkt 1.

Datum _____ Underskrift (av målsman om skadelidande är under 18 år): _____
Åå/mm/dd: __/__/__ _____
Namnförtydligande _____

9. Arbetsgivarintyg

Arbetsgivaren intygar härmed att ovan rapporterad skadehändelse inträffat under tjänsteresa.

Datum och tidpunkt för tjänsteresa: Från __/__/__, kl __: __ Till __/__/__, kl __: __

Tjänsteresans destination syfte och omfattning: _____

Namnteckning	Datum	Telefon
Namnförtydligande	Befattning	E-postadress

Blanketten skickas till: