



SKADEANMÄLAN SJUKDOM, SKADA ELLER OLYCKSFALL

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: 4805522	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"/> _____	Syssetsättning: 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 sjukdom/skada/olycksfall

Datum då sjukdom/skada/olycksfall uppstod/inträffade: Åå/mm/dd: __/__/__	Är det inträffade en arbetsskada? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Finns annan gällande försäkring? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om JA, vilken:	
Datum för första läkarbesök: Åå/mm/dd: __/__/__	Behandlande läkare: Namn: Telefonnummer:	Behandlas du fortfarande: JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Befaras framtida men? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Har du tidigare haft samma åkomma? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om JA, när: Åå/mm/dd: __/__/__	Tidigare behandlande läkare: Namn: Telefonnummer:		
Beskrivning av sjukdoms-/skadeförloppet: _____ _____ _____			



5. Anmälan om graviditet eller barnhälsovård

Datum då graviditet uppstod: Åå/mm/dd: __/__/__	Behandlande barnmorska/läkare: Namn: Telefonnummer:	Finns annan gällande försäkring? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om JA, vilken: _____
Övriga upplysningar vid graviditet:		
Datum för genomförd barnhälsovård: Åå/mm/dd: __/__/__	Behandlande läkare: Namn: Telefonnummer:	Finns annan gällande försäkring? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om JA, vilken: _____
Observera att barnhälsovården är begränsad till en maximal kostnad motsvarande SEK 10.000 per kalenderår och försäkrat barn.		

6. Specifikation av kostnader

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

* Bifoga originalkvitto
** Bifoga originalfaktura

7. 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.

Jag medger att Gouda får inhämta och behandla de uppgifter om min hälsa som är nödvändiga för ärendets reglering. Hälsouppgifter 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: _____

8. Arbetsgivarintyg

Arbetsgivaren intyggar 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:

Gouda Reseförsäkring, Box 3031, 103 61 STOCKHOLM