

Du bedes fremsende den udfyldte skadeanmeldelse direkte til Apollo. Vedlæg: Lægeerklæring, originale ubenyttede flybilletter eller anden original dokumentation for tab, f.eks. i form af faktura fra Apollo. Ved dødsfald vedlægges kopi af dødsattest.

Apollo booking nr.: _____

1. PERSONLIGE OPLYSNINGER		
Navn:		CPR-nr.:
Adresse:	Postnr.:	By:
E-mail:		Telefon:

2. ØVRIGE REJSEDELTAGERE, HVIS REJSE BLEV AFBESTILT	
Navn:	CPR-nr.:
Navn:	CPR-nr.:
Navn:	CPR-nr.:

3. HVEM VEDRØRER AFBESTILLINGEN?					
Forsikringstager?	Ja:	Nej:	En rejseledsager?	Ja:	Nej:
Navn (hvis rejseledsager):					
En ikke-medrejsende pårørende?	Ja:	Nej:	Navn:		
Hvorledes beslægtet med forsikringstager?			CPR-nr.:		

4. HÆNDELSEN	
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? Angiv i kr.	
Er der foretaget refusion fra andre end Apollo? Angiv i kr.	

5. BANKOPLYSNINGER	
Såfremt nødvendig dokumentation foreligger og afbestillingen vurderes dækningsberettiget, oplys da følgende til udbetaling af erstatning.	
Bank:	Registrerings- og kontonummer:

6. UNDERSKRIFT	
Jeg accepterer ved min underskrift, at Gouda Rejseforsikring kan indhente relevante lægelige oplysninger om min person.	
Dato:	Underskrift:
<i>Hvis sygdommen vedrører en anden end forsikrede, skal denne også underskrive:</i>	
Jeg accepterer ved min underskrift, at Gouda Rejseforsikring kan indhente relevante lægelige oplysninger om min person.	
Dato:	Underskrift:

Fremsend denne skadeanmeldelse samt udfyldt lægeerklæring til: Apollo, Amager Strandvej 60-64, 2300 København S

Til lægen:

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

Apollo booking nr.: _____

LÆGEERKLÆRING**1. PATIENTENS PERSONLIGE OPLYSNINGER**

Patientens navn:	Cpr. nr.:	
Adresse:	Post nr.:	By:

2. PATIENTENS HELBREDSOPLYSNINGER

Hvilken sygdom drejede det sig om?

Hvornår fik patienten denne sygdom? Dato:

Er det lægens overbevisning at patienten på baggrund af en medicinsk lægelig vurdering ikke kunne påbegynde rejsen?	Ja:	Nej:
---	-----	------

Tid og sted for første konsultation:	Dato:	Sted:
--------------------------------------	-------	-------

Har patienten tidligere lidt af samme sygdom?	Ja: Hvis ja, hvornår?	Nej:
---	--------------------------	------

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:
--	-----	------

Hvornår indtrådte denne forværring? Dato:

Bemærkninger: (særlige forhold der bør inddrages i sagens behandling).

3. UNDERSKRIFT

Dato:	Lægens underskrift:
Stempel:	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: Apollo, Amager Strandvej 60-64, 2300 København S

Gouda Rejseforsikring, A.C. Meyers Vænge 9 • 2450 København SV • Tlf.: 88 88 81 60 • Fax: 88 20 88 21 • CVR-nr. 33 25 92 47
E-mail: skade@gouda.dk • www.gouda.dk

En del af Gjensidige-gruppen • Dansk filial af Gjensidige Forsikring ASA, Norge • Org.nr. 995 568 217

Gouda Rejseforsikrings aktiviteter i Danmark er fra 1. november 2013 købt af Gjensidige Forsikring ASA, Norge og fortsætter som en del af Gjensidiges danske filial.

Safety worldwide