

Skadeanmälan | Sjuk- och Olycksfallsförsäkring | Olycksfallsförsäkring

Anmälan avser: Försäkrad/gruppmedlem Medförsäkrad

Försäkringsnummer/gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/försäkringsförmedlare
-------------------------------------	------------------------------------

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer
Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete (och ev. mobiltelefon)
E-postadress för korrespondens	

<input type="checkbox"/> Bankkonto: Clearingnr:	Kontonummer:	Bank:
<input type="checkbox"/> Personkonto:	<input type="checkbox"/> Plusgiro:	<input type="checkbox"/> Bankgiro:

Anmälan avser: Sjuk- och Olycksfallsförsäkring Olycksfallsförsäkring

Bifoga, om möjligt, kopia på läkarjournal.

När märktes de första symptomen? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (datum)
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när? (datum)
Vilken sjukdom?	Hur länge?
Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, är dessa besvär anmälda som arbetsskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden	
Tidpunkt för olycksfallet (år, månad, dag och klockslag)	Platsen för olycksfallet (t.ex. adress, ort, lokal m.m.)
Hur gick olycksfallet till? Ange händelseförlopp och övriga omständigheter	
Vilken kroppsdel skadades?	
Ange, om möjligt, på vilken sida av kroppen den skadade kroppsdelens sitter <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	
När anlätades läkare första gången? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Adress till läkare/vårdinrättning	Vilken diagnos har du fått av läkaren?
Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan	
När? Hur?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vilken läkare behandlar/behandlade dig? (namn)		Läkarens/vårdinrättningens adress	
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om Ja, vilket sjukhus (namn)?	
Sjukhusets adress			
Ange under vilken tidsperiod sjukhusvistelsen varade:		Fr.o.m.	T.o.m.
Har olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? Om Ja, bifoga kopia på både läkarintyg och lönesbesked.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ange under vilken tidsperiod sjukskrivningen varade:		Fr.o.m.	T.o.m.
Är du fullt återställd? Om Ja, från och med när?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.
Har du gällande sjuk- eller olycksfallsförsäkring i annat bolag?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, i vilket bolag?		Är skadan anmäld dit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilken Försäkringskassa tillhör du?		Ange Försäkringskassans fullständiga adress	
Använde du, före skadehändelsen, någon receptbelagd medicin?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, ange medicin, receptskrivande läkare samt läkarens/vårdinrättningens adress			
OBS! Utgifterna ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.			

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger till grund för skadereglering. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att:

- försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Jag godkänner att all korrespondens i mitt försäkringsärende får skickas via e-post.

Vänligen bifoga en kopia på försäkringsbeskedet. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av företrädaren för gruppen vid självadministrerande avtal (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	<input type="checkbox"/> Sjuk- och Olycksfallsförsäkring	Invaliditetskapital	Ansluten - år månad dag
<input type="checkbox"/> Medförsäkrad	<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring	Invaliditetskapital	Ansluten - år månad dag
Premien betald till (datum)		Var premien betald vid skadetillfället?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ort och datum		Gruppföreträdarens underskrift	
Telefon gruppföreträdare		Gruppföreträdarens namnförtydligande	

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.