

Skadeanmälan

PlanSjuk | Premiebefrielseförsäkring

Anmälan avser PlanSjukförsäkring Premiebefrielseförsäkring

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-postadress

Utbetalning till den försäkrade insättes på <input type="checkbox"/> Bankkonto nr: <input type="checkbox"/> Personkonto nr:
Bank:

I vilket bolag finns tjänstepensionsförsäkring:	
Tjänstepensionspremie per månad:	Försäkringsnummer/depånummer:
Utbetalning till försäkringsbolaget insättes på <input type="checkbox"/> Bankgiro nr: <input type="checkbox"/> Plusgiro nr:	

Förmedlingskontor	Organisationsnummer	Telefon
Försäkringsförmedlarens namn	Förmedlarkod	Bankgiro
Ansvarig assistent	E-postadress	

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.

När inträffade olycksfallet (år, månad, datum och klockslag)?	
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.	
Vilken kroppsskada blev följden?	
Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för skada? (om Ja, fyll i nedan) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
När?	Hur?

Var god bifoga kopia på läkarjournal och sjukhistorik (sk 036-bild), för de senaste 4 åren, från Försäkringskassan			
Sjukdomens namn		När märktes de första symptomen?	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När (datum)?	Vilken? Hur länge?
Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
När anlätades läkare?	Datum		

Inträffade olycksfallet/sjukdomen	<input type="checkbox"/> I arbetet?	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet?	<input type="checkbox"/> På fritiden?
Vilken läkare sköter dig (namn)?	Adress till läkare		
Har du vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus?	
Vilka tider?	Fr.o.m.	T.o.m.	
Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? Anm. Läkarintyg måste bifogas.	<input type="checkbox"/> 100%	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 75%	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 50%	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 25%	Fr.o.m.	T.o.m.
Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.	<input type="checkbox"/> Nej
Har du under de senaste 12 månaderna varit arbetsförmögen mer än 2 veckor i följd?	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.	<input type="checkbox"/> Nej
Har du sjuk- eller olycksfallsförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.	<input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, i vilket bolag?	Är skadan anmäld dit?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ange din månadslön (den som anmälts till Försäkringskassan)	Månadslön Kr		
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Ange fullständig adress		

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

- läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident, eller de företag Euro Accident anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, behöver för att handlägga denna skadeanmälan samt bedöma försäkringens giltighet i framtiden,
- 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	Namn-teckning
Telefon	Namn-förtydligande