

Skadeanmälan | ComeBack

VIKTIGT! Anmälan ska skickas till Euro Accident senast den 15:e sjukskrivningsdagen!

Anmälan avser: Arbetsgivare Arbetstagare

Arbetsgivare och arbetstagare ska fylla i var sin separat skadeanmälan! Vänligen bifoga kopia på läkarintyg!

Företag	Organisationsnummer	Avtals-/försäkringsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Företagets kontaktperson - ifylls endast av företaget	Telefon kontaktperson - ifylls endast av företaget	
E-postadress kontaktperson - ifylls endast av företaget		

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete (och ev. mobiltelefon)
Datum för första sjukskrivningsdag	E-postadress

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

- När inträffade sjukdomen/olycksfallsskadan? Ange datum:
- Var inträffade sjukdomen/olycksfallsskadan? I arbetet På väg till eller från arbetet På fritiden
- Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga i mer än 8 dagar? Ja Nej
- Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett 6 eller fler perioder av arbetsförmåga under de senaste 12 månaderna? Ja Nej
- Finns bestående arbetsförmåga i någon grad på grund av sjukdomen/olycksfallsskadan? Ja Nej

Beskriv vad som hänt

När anlätades läkare första gången? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Adress till läkare/vårdinrättning	Vilken diagnos har läkaren ställt?

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:

- 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 försäkringsansökan 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	Namnsteckning
---------------	---------------

Undertecknad intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnsteckning
Personnummer/organisationsnummer	Namnförtydligande

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.