

**VIKTIGT!** Anmälan ska vara Euro Accident tillhanda senast dag 20 då den försäkrade är sjuk. Arbetsgivaren informerar arbetstagaren om att skadeanmälan görs. 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

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

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

1. När inträffade sjukdomen/olycksfallsskadan? Ange datum:			
2. Var inträffade sjukdomen/olycksfallsskadan?	<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet	<input type="checkbox"/> På fritiden
3. Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga i mer än 8 dagar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
4. Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett 6 eller fler perioder av arbetsförmåga under de senaste 12 månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
5. Finns bestående arbetsförmåga i någon grad på grund av sjukdomen/olycksfallsskadan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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:

- 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

Version 2,2012

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.