

Skadesanmeldelse/ Uarbejdsdygtighed

Forsikrede	
Navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Postnr.:	By:
Telefon (om dagen):	Email:
Ulykke	
Hvor og hvornår skete ulykken:	
Dag <input type="text"/>	Måned <input type="text"/> År <input type="text"/> Kl. <input type="text"/>
Sted <input type="text"/>	
Beskrivelse af ulykken: <input type="text"/>	
Sygdom	
1. sygedag:	
Dag <input type="text"/>	Måned <input type="text"/> År <input type="text"/>
Sygdommens art/diagnose: <input type="text"/>	
Behandling	
Hvor og hvornår blev lægen kontaktet første gang:	
Dag <input type="text"/>	Måned <input type="text"/> År <input type="text"/> Kl. <input type="text"/>
Sted <input type="text"/>	
Lægens navn og adresse: <input type="text"/>	Fortsat sygemeldt: <input type="text"/>
Sygdom, invaliditet eller nedsat arbejdsevne før det aktuelle ulykkestilfælde/sygdommen opstod: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Eventuel førtidspension: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, beder vi dig angive hvilken: <input type="text"/>	NB: Hvis ja, beder vi dig vedlægge en kopi af bekræftelsen

Police nr.:

Vedlæg venligst alle nedenstående dokumenter:

- Lægeerklæring med diagnose og prognose (Udgiften til erklæring er ikke omfattet af forsikringen). Vi skal eventuelt have en ny bekræftelse fra læge/hospital, hvis prognosen (varighed af sygdomsforløb) ikke er fastlagt fra første forsikringsudbetaling
- Bekræftelse på sygedagpenge
- Kopi af de sidste 12 måneders lønsedler
- E-skattekort, som kan hentes på din personlige side på www.skat.dk eller seneste forskudsopgørelse

OBS! Bekræftelse på sygedagpenge skal indsendes hver måned så længe uarbejdsdygtigheden varer. Udbetaling til forsikringstager sker en gang månedligt.

Betalingsmåde - Bank- og kontooplysninger

Reg.nr. Kontonr.

Girokontonr.

Bankens navn og adresse:

Anden forsikring

Såfremt der er tillæggsforsikring beder vi dig oplyse:

Forsikringselskab

Policenr. Ikrafttrædelsesdato

Tillægsoplysninger:

Fuldmagt og underskrift

Fuldmagt

Jeg giver samtykke til at Europæiske kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af forsikringsydelsen. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningstidspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af forsikringsydelsen. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som kan suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Europæiske ønsker det.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos forsikringselskaber/pensionskasser. Andre forsikringselskaber, pensionskasser, arbejdsskadestyrelsen, samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Sted, dato og underskrift

Sted Dato

Underskrift

Skadeanmeldelsen sendes til:

Europæiske Rejseforsikring A/S
Frederiksberg Allé 3
1790 København V
Att.: Claims & Assistance