

Skadeanmälan

Arbetsförmåga

Skadenummer (fylls i av Chubb)

Försäkringstagare

Försäkringsnummer

Försäkringstagares namn

Personnummer

Skadad person

Efternamn

Förnamn

Personnummer

Yrke/sysselsättning

Adress

Postnummer

Ort

Telefon arbete

Telefon bostad

Bankkonto inklusive clearingnummer

Olycksfall

När och var hände olyckan?

År

Mån

Dag

Klockan

Plats

Hur gick olyckan till?

Vilken skada uppstod?

Sjukdom

När och var uppkom sjukdomen?

År

Mån

Dag

Klockan

Plats

Sjukdomens art / Diagnos

Behandling

När och var anlätades läkare första gången? | År | Mån | Dag | Klockan | Plats

Vårdgivarens namn och adress

Fortfarande sjukskriven?

Ja, t o m

Friskskriven fr o m

Inträffade skadan under arbetstid, eller vid färd till eller ifrån arbetet?

Anmäld till försäkringskassan i

Sjukdom, invaliditet eller nedsatt arbetsförmåga före aktuella olycksfallets inträffande/sjukdomens uppkomst

Ja (ange vilken) _____ Nej

Eventuell förtidspension, livränta fr o m

Ja (bifoga en kopia av beslutet) _____ Nej

Bilagor som skall bifogas anmälan

- Läkarintyg med utförlig diagnos och prognos
- Sjukskrivningsintyg
- Intyg om sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension från försäkringskassan

Övriga försäkringar

Berörs andra försäkringar av det inträffade?

Ja, i försäkringsbolaget _____ Försäkringsnummer _____ Nej

Har anmälan gjorts även till annat försäkringsbolag?

Ja, till försäkringsbolaget _____ Skadenummer _____ Nej

Underskrift

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____ Telefon dagtid _____

Anmälan skickas till

Chubb European Group SE
Box 868, 101 37 Stockholm
Tel 08-692 54 20, Fax 08-692 54 10
Skador@chubb.com