

Skadeanmälan

Olycksfall/sjukhusvistelse

Skadenummer (fylls i av Chubb)

Försäkringstagare

Försäkringsnummer

Försäkringstagares efternamn

Förnamn

Personnr

Yrke, Sysselsättning

Adress

E-mail

Postnr

Ort

Telefon arbete dagtid

Telefon bostad/mobil

Kontonummer inklusive clearingnummer

Skadad person (om annan än försäkringstagaren)

Efternamn

Förnamn

Personnr

Yrke, Sysselsättning

Adress

E-mail adress

Postnr

Ort

Telefon arbete dagtid

Telefon bostad/mobil

Kontonummer inklusive clearingnummer

Olycksfall

När och var hände olyckan?

År

Mån

Dag

Klockan

Plats

Vilken kroppsskada uppstod?

När anlätades läkare för första gången?

År

Mån

Dag

Klockan

Var har du behandlats?

Ange namn och adress till samtliga vårdställen

Fullständig redogörelse för händelseförloppet vid skadetillfället

Arbetsförmåga före olycksfallet

Sjukdom, invaliditet eller nedsatt arbetsförmåga före olycksfallet

☐ Ja (ange vilken)☐ Nej

Ev. förtidspension, livränta fr o m.

☐ Ja (ange vilken)☐ Nej

Övriga försäkringar

Berörs andra försäkringsbolag av det inträffade?

☐ Ja, i försäkringsbolaget

Försäkringsnummer

☐ Nej

Har anmälan gjorts även till annat försäkringsbolag?

☐ Ja, till försäkringsbolaget

Skadenummer

☐ Nej

Om skadan är en direkt följd av trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag.

Sjukhusvistelse

Alternativ 1

Fyll i dina uppgifter samt bifoga läkarintyg från behandlande läkare tillsammans med din skadeanmälan. Av läkarintyget ska det tydligt framgå antal dagar (datum fr o m och t o m) och anledning till sjukhusvistelsen.

Alternativ 2

Om inte läkarintyg bifogas, ska uppgifterna nedan ifyllas av behandlande läkare.

Sjukhusets namn

Sjukhusvistelseperiod

Diagnos

Övriga upplysningar, prognos

Arvode för intyget (fylls endast i om alternativ 2 gäller)

Sätt kryss i lämplig ruta

☐ Försäkringsbolaget är skyldigt att göra skatteavdrag på A-inkomst och betala sociala avgifter på utbetald ersättning för uppdrag till läkare anställd inom landstingets sjukvård/läkarhus eller liknande då uppdraget kan sägas vara personligt, beställt av bolaget samt utförts utom tjänsten och den enskilde läkaren är betalningsmottagare.

☐ Är innehavare av F-skattsedel varför inget skatteavdrag ska göras och inga sociala avgifter ska betalas av bolaget.

Läkarens namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Bankkontonr/ Bankgironr	
Postnummer och ort	Arvode kr	Kostnader kr	Summa kr

Läkarens underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Underskrift

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____

Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavaren.**Anmälan skickas till**

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

Chubb. Insured.SM

Chubb European Group Limited filial Sverige, Besöksadress: Birger Jarlsgatan 43, Postadress: Box 868, SE-101 37 Stockholm, org nr 516403-5601, registrerad i Bolagsverkets filialregister. Filialens verksamhet står under tillsyn av Finansinspektionen vars regler kan vara olika från de regler som gäller i UK. Chubb European Group Limited, reg. nr 1112892, har sitt huvudkontor i England med adress 100 Leadenhall Street, London, EC3A 3BP, United Kingdom och är auktoriserad och reglerad av Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, London EC2R 6DA, UK.