

Skadeanmälan

Hel arbetsoförmåga (olycksfall/sjukdom) eller Vård av nära anhörig

Anmälan sänds till:

Ellos c/o Krogius Scandinavia AB

Box 2080

372 02 Kallinge

Telefon: 0457-256 06

E-post: claims.sweden@krogius.com

1. Grunduppgifter försäkrad

För- och efternamn	Personnummer eller Försäkringsnummer
Adress	Telefonnummer (mobil)
Postnummer och Ort	E-postadress

2. Bankuppgifter

Clearingnummer	Bankkontonummer
----------------	-----------------

3. Olycksfall / Sjukdom / Sjukhusvistelse / Vård av anhörig

Vilket datum uppkom sjukdomen / inträffade olycksfallet?	Fr o m vilket datum blev du / nära anhörig 100 % sjukskriven?
Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen / olyckan?	Anmäld till försäkringskassan i (ange ortsnamn)
Läkarens namn och kontaktuppgifter:	
Är du / nära anhörig fortfarande sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja, till och med: <input type="checkbox"/> Nej, friskskriven från och med:	
Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande? (Vänligen observera att sjukskrivningsintyg ska bifogas med anmälan)	
Vid sjukskrivning till följd av olycka, vänligen beskriv var olyckan inträffade och vad som hände	

4. Upplysningar

Uppbar du / nära anhörig innan sjukdomen / olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja, orsak: <input type="checkbox"/> Nej	Har du / nära anhörig uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom / olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--

5. Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan:

- Sjukskrivningsintyg från läkare
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier

6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Underskrift försäkrad
Ort	Namnförtydligande (vänligen texta)

Skadeanmälan

Dödsfall på grund av olycksfall

Anmälan sänds till:
Ellos c/o Krogius Scandinavia AB
Box 2080
372 02 Kallinge
Telefon: 0457-256 06
E-post: claims.sweden@krogus.com

1. Grunduppgifter om försäkrad

Avlidnes för- och efternamn	Personnummer eller Försäkringsnummer
Adress	Postnummer och Ort

2. Kontaktuppgifter dödsbo

Dödsboföreträdare för- och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer (mobil)
Postnummer och Ort	E-postadress

3. Upplysningar

Beskriv kortfattat olycksfallsskadan som orsakade dödsfallet
--

4. Bankuppgifter dödsbo

Clearingnummer	Bankkontonummer
----------------	-----------------

5. Bilaga

Följande ska bifogas med skadeanmälan:

- Kopia på dödsfallsintyg

6. Underskrift dödsboföreträdare

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Underskrift dödsboföreträdare
Ort	Namnförtydligande (vänligen texta)