

Skadeanmeldelse sendes til:

Chartis Europe S.A.  
Kalvebod Brygge 45  
DK-1560 København V  
Tlf +45 33 73 24 00  
Fax +45 33 73 24 70  
[www.chartisinsurance.com](http://www.chartisinsurance.com)



## OPFØLGENDE SKADEANMELDELSE – Sygdom & Ulykke

For at skadeudbetalingen kan fortsætte, skal denne anmeldelse udfyldes og indsendes.

Udfyld venligst denne anmeldelse fuldstændig. Udeladelse af dette vil medføre unødigt forlængelse af skadebehandlingen.

Det er Deres ansvar at sørge for, at Deres læge udfylder sin del af anmeldelsen.

Såfremt De har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelsen, er De naturligvis velkommen til at kontakte vores skadeafdeling.

Med venlig hilsen  
Chartis Europe S.A.

Skadeanmeldelse sendes til:

Chartis Europe S.A.  
Kalvebod Brygge 45  
DK-1560 København V  
Tlf +45 33 73 24 00  
Fax +45 33 73 24 70  
www.chartisinsurance.com



## OPFØLGENDE SKADEANMELDELSE – Sygdom & Ulykke

### FORSIKREDE - UDFYLDES AF DEN FORSIKREDE

Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr. og by
Telefon / Mobil	E-mail
Forsikringens policenummer	Skadenummer (se følgebrev)
Er De blevet ramt af en akut opstået sygdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvordan opstod sygdommen? - Beskriv sygdomstilfældet	
Har De tidligere lidt af samme sygdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvornår opstod/blev sygdommen konstateret?	Dato:

### UNDERSKRIFT - FORSIKREDES

#### ERKLÆRING: JEG ERKLÆRER, AT OVENSTÅENDE SVAR ER KORREKTE

Når du giver Chartis Personoplysninger i forbindelse med en skadesanmeldelse, giver du samtidig tilladelse til indsamling og behandling (herunder anvendelse og videregivelse) af dine Personoplysninger som beskrevet i vores Politik til Beskyttelse af Personoplysninger, som kan hentes på [www.chartisinsurance.com/dk/personoplysninger](http://www.chartisinsurance.com/dk/personoplysninger) eller tilsendes efter anmodning. Du gøres udtrykkeligt opmærksom på, at disse Personoplysninger kan blive videregivet til eller behandlet i lande uden for Danmark og EU. Hvis du giver Personoplysninger om nogen anden person, erklærer du, at dette sker med den pågældendes tilladelse eller anden bemyndigelse.

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

ARBEJDSGIVERERKLÆRING - UDFYLDES AF ARBEJDSGIVER

For at kunne imødekomme vores kundes krav om skadeudbetaling, skal vi bede Dem besvare nedenstående spørgsmål?

Denne erklæring skal underskrives af firmaets ledelse.

Den ansattes navn	CPR-nr.
Adresse	Post nr. & by
Stilling i firmaet	Ansættelsesdato
Er skadelidte fortsat sygemeldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Er skadelidte fortsat ansat hos Dem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Firmaets tlf. nr.	FIRMASTEMPEL
Firmaets fax. nr.	

UNDERSKRIFT - VIRKSOMHEDENS LEDELSE

Navn: blokbogstaver	Stilling
Underskrift	Dato

## LÆGEERKLÆRING - UDFYLDES AF SKADELIDTES LÆGE

For at kunne imødekomme vores kundes krav om skadeudbetaling, skal vi bede Dem besvare nedenstående spørgsmål:	
Skadelidtes navn	CPR.nr.
Adresse	Post nr. & by
Er skadelidte fuldstændig uarbejdsdygtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Modtager skadelidte fortsat lægebehandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvilken behandling modtager skadelidte?	
Hvad er skadelidtes diagnose? (Venligst på latin og dansk)	
Beskriv skadelidtes tilstand	
Hvor længe forventes skadelidte at være fuldstændig uarbejdsdygtig?	

## UNDERSKRIFT

Dato	STEMPEL incl. tlf.nr.
Navn: blokbogstaver	
SE/CVR/CPR-nr.	
Reg. & konto nr. / Giro nr.:	
Underskrift	