

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



SKADEANMELDELSE – Tryghedsforsikring Sygdom & Ulykke

Vi beder Dem venligst være opmærksom på, at det er yderst vigtigt for vores behandling af Deres krav, at skadeanmeldelsen er fuldstændig udfyldt.

Samtlige spørgsmål til henholdsvis Dem som forsikringstager, Deres arbejdsgiver samt læge skal således være fuldstændig besvaret, inden De indsender anmeldelsen til os.

Det er Deres ansvar at sørge for, at såvel Deres arbejdsgiver som læge udfylder deres respektive dele af anmeldelsen.

Det understreges, at indtil der foreligger en afgørelse på Deres skadeanmeldelse, er det nødvendigt, at De uden ophold sørger for, at låneydelsen bliver betalt som om skaden ikke var hændt. Såfremt skaden accepteres som værende dækningsberettiget, vil De efterfølgende få refunderet den af Dem udlagte låneydelse, der er erstatningsberettiget.

Vi gør opmærksom på, at fremsendelse af denne skadeanmeldelse ikke er ensbetydende med accept af erstatningspligten.

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.

Er De fuldstændig uarbejdsdygtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har De indenfor de seneste 12 måneder været uarbejdsdygtig i mere end 15 sammenhængende sygedage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv Deres helbredstilstand. Beskriv så detaljeret som muligt	
Hvor opstod sygdommen / ulykken (geografisk)?	
Hvornår opstod sygdommen / ulykken?	Dato:
Hvornår modtog De første lægebehandling?	Dato:
Hvilken lægebehandling modtog De?	
Modtager De lægebehandling for tiden? Hvis ja, hvilken form for behandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Var De under påvirkning af spiritus eller andre rusmidler i ulykkesøjeblikket?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Skete sygdommen / ulykken som følge af ...	
a. deltagelse eller træning i farlig sport/professionel sport, herunder cykel- eller hestevædeløb på bane, boksning, karate og lignende kampsport, bjergbestigning, faldskærmsudspring, svæve- eller drageflyvning eller dykning med anvendelse af særligt dykker- eller frømandsudstyr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
b. deltagelse eller træning i motorløb af enhver art?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
c. helt eller delvis som følge af eller på grund af graviditet eller fødsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
d. AIDS eller dertil relateret sygdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
e. lægelig behandling af sygdom eller ulykkestilfælde, der ikke i henhold til betingelserne er omfattet af forsikringen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
f. årsager, som kan tillægges psykiske eller nervøse lidelser?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

UNDERSKRIFT - FORSIKREDES

Jeg er indforstået med, at alle beløb vedrørende denne skade udbetales direkte til långiver til udligning af eventuelle skyldige beløb.
 Jeg erklærer herved, at alle oplysninger er korrekte, og er indforstået med, at falske forklaringer givet af mig eller af andre medfører fortabelse af rettigheder i henhold til policens bestemmelser.
 Jeg er indforstået med, at min arbejdsgiver, tidligere arbejdsgiver, min læge og evt. andre personer giver de nødvendige oplysninger til Chartis.
 Jeg erklærer, at oplysninger er afgivet på tro og love, og meddeler selskabet bemyndigelse til at indhente lægelige oplysninger vedrørende sygdomme og behandling.
 Fotokopi af denne erklæring har samme gyldighed som originalen.

Sted og dato

Underskrift

Hvis De var ansat på skadetidpunktet, skal Deres arbejdsgiver udfylde sin del.

Hvis De ikke var ansat på skadetidpunktet, skal De sende anmeldelsen videre til Deres læge.

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
Dato for skadelidtes første sygedag?	
Har skadelidte været uafbrudt sygemeldt siden første sygedag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvad er årsag til sygefraværet?	
Har skadelidte tidligere været sygemeldt af samme årsag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvis ja, hvornår?	
Er skadelidte fuldstændig uarbejdsdygtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Er skadelidte fortsat ansat hos Dem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Firmaets tlf.	FIRMASTEMPEL
Firmaets fax.	

UNDERSKRIFT - VIRKSOMHEDENS LEDELSE

Navn: blokbogstaver	Stilling
Underskrift	Dato

Hvorat kunne imødekomme vores kundes krav om skadeudbetaling, skal vi bede Dem besvare nedenstående spørgsmål:

Skadelidtes navn	CPR-nr.
Adresse	Post nr. & by
Hvor længe har De været skadelidtes læge?	
Er skadelidte blevet ramt af akut opstået sygdom? Hvis ja, hvordan opstod sygdommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har skadelidte tidligere lidt af samme sygdom? Hvis ja, hvornår blev sygdommen første gang diagnosticeret?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Dato:
Er skadelidte blevet ramt af et ulykkestilfælde? Hvis ja, hvordan skete ulykken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Er skadelidte fuldstændig uarbejdsdygtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvilken dato skete sygdommen/ulykken?	
Hvornår fik skadelidte første lægebehandling som følge af sygdommen/ulykken?	
Hvilken behandling modtager skadelidte? - er skadelidte henvist til yderligere behandling/speciallæge?	
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	

Honorar for erklæring: (Regning bedes vedlagt)