

## Skadesanmeldelse - Uarbejdsdygtighed

Forsikrede	
Police nr.:	
Navn:	Cpr. nr.:
Adresse:	
Postnr.:	By:
Telefon (om dagen)	
E-mail adresse:	

  

Ulykke	
Hvornår og hvor skete ulykken:	
Dag _____	Måned _____
År _____	Kl. _____
Sted _____	
Beskrivelse af ulykken:	

  

Sygdom	
I. sygedag:	Dag _____
	Måned _____
	År _____
Sygdommens art/diagnose:	

  

Vedlæg venligst alle nedenstående dokumenter	
· Lægeerklæring med diagnose og prognose (udgiften til erklæring er ej omfattet af forsikringen)	
· Bekræftelse på sygedagpenge	
· E-skattekort , som kan hentes på din personlige side på <a href="http://www.skat.dk">www.skat.dk</a>	
· Kopi af de sidste 12 måneders lønsedler	
OBS! Bekræftelse på sygedagpenge skal indsendes hver måned så længe uarbejdsdygtigheden varer. Udbetaling til forsikringstager sker en gang månedligt.	

## Behandling

Hvornår og hvor blev læge kontakttet første gang:

Dag \_\_\_\_\_ Måned \_\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_ Kl. \_\_\_\_\_ Sted \_\_\_\_\_

Lægens navn og adresse:

Fortsat sygemeldt:

Sygdom, invaliditet eller nedsat arbejdsevne før det aktuelle ulykkestilfælde/sygdommen opstod

Ja (angiv hvilken) \_\_\_\_\_

Nej

Eventuel førtidspension

Ja (vedlæg en kopi af bekræftelse)

Nej

## Behandlingsmåde

Bank reg. nr. og kontonr.:

Girokontonr.:

Bankens navn og adresse:

## Anden forsikring

Såfremt der er tegnet anden tillægsforsikring bedes oplyst:

I hvilket forsikringselskab:

Policenr.:

Ikrafttrædelsesdato:

## Tillægsoplysninger

## Fuldmagt og underskrift

Jeg giver samtykke til at Europæiske kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af forsikringsydelsen. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningstidspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af forsikringsydelsen. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som kan suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Europæiske ønsker det.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos forsikringselskaber/pensionskasser. Andre forsikringselskaber, pensionskasser, arbejdsskadestyrelsen, samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

E\_1\_6\_02.09

**Sendes til:**  
**Europæiske Rejseforsikring A/S**  
**Frederiksberg Allé 3**  
**1790 København V**  
**Att.: Skadesafdelingen**