

Skadeanmälan

Olycksfall/sjukhusvistelse

Innan du fyller i denna skadeanmälan och postar till oss vill vi informera dig om att du enkelt kan göra din anmälan online, 24 timmar om dygnet, 7 dagar i veckan. Via webben kan du sedan följa handläggningen av din anmälan.

www.chubbclaims.se

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	

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.

Vi använder personuppgifter som du förser oss med för underwriting, administrering av försäkringsavtal, skadereglering och andra försäkringsrelaterade syften, som ytterligare beskrivs i vår Personuppgiftspolicy, tillgänglig på <https://www.chubbforsakringar.se/chubbs-personuppgiftspolicy/> eller genom att söka på Personuppgiftspolicy på <https://www.chubbforsakringar.se>. Du kan begära en papperskopia av Personuppgiftspolicyn när som helst, genom att kontakta oss på dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

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/ Bankgiro nr	
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.

Uttryckligt samtycke för Personskada

Med att markera i 'jag godkänner' rutan härunder bekräftar du och godkänner följande:

Dataskyddsförordningen

Vi utvärderar ditt krav noggrant och vidtar även åtgärder som är branschpraxis för att identifiera falska skadeanmälningar. Av dessa skäl kan vi behöva använda information om din hälsa som är relevanta för ditt krav och, i förekommande fall, hälsodata t om andra personer som är relevanta för det krav du lämnar till oss. Du måste se till att andra personer vars information du tillhandahåller oss förstår och inte gör invändningar mot denna användning av deras uppgifter, och (om så krävs enligt gällande lag) medger att vi använder deras information för de syften som beskrivs här.

Du är inte tvingad att ge oss följande samtycke, och du kan återkalla det när som helst, men om du inte ger det eller väljer att senare dra tillbaka det, kan det påverka vår förmåga att behandla ditt krav.

Vi använder inte uppgifter om din hälsa i något annat syfte och kommer alltid att följa villkoren (inklusive säkerhetsstandarder) som anges i vår Personuppgiftspolicy

Jag godkänner

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

VIKTIG INFORMATION:

I syfte att förbereda för Storbritanniens utträde ur den Europeiska Unionen, genomför Chubb vissa ändringar. Det är för närvarande förväntat att Chubb European Group Limited under 2018 kommer att konverteras till ett publikt aktiebolag, som kommer att verka under namnet Chubb European Group Plc. Det är därefter föreslaget att bolaget konverteras till europabolag (Societas Europaea), som kommer att verka under namnet Chubb European Group SE. Bolaget kommer fortsatt ha sin hemvist och huvudkontor i England, och kommer fortsatt att vara auktoriserat av Prudential Regulation Authority, och reglerat av Financial Conduct Authority och Prudential Regulation Authority.

För att hålla dig uppdaterad med våra Brexit-förberedelser och för mer information om vad det innebär för dig, vänligen besök vår hemsida chubb/Brexit