

Anmälan om skada

Leasingavbrottsförsäkring



Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning.

Var därför noga när ni fyller i anmälan. Texta gärna.

OBS! Glöm ej underskrift.

1. IFYLLS ALLTID

Försäkrads/Företagets namn

Organisationsnummer

Kontaktperson på företaget

Kontaktpersonens telefonnr

Förarens namn

Bilens reg.nummer

Yrke eller sysselsättning

Anställd sedan (datum)

Heltid Deltid

Anställningsform (tillsvidare- eller visstidsanställning)

Anställningsort

2. VID SJUKSKRIVNING (FYLLS I AV FÖRAREN)

När blev du sjukskriven?

Hur länge varade sjukskrivningen?

Vilken läkare/vårdinrättning sjukskrev dig (namn o adress)?

Vilken diagnos?

Att besvara vid sjukskrivning på grund av olycksfall

Hur gick olycksfallet till? Detaljerad beskrivning

Vilka kroppsskador (samtliga) blev följden?

Har skadad kroppsdel varit utsatt för skada eller sjukdom eller har du i övrigt haft symptom (t.ex. ömhet, värk, stelhet) från den? Ja Nej

Sedan när?

Anlitades läkare/tandläkare då?

Ja Nej

Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn och ort)?

Att besvara vid sjukskrivning på grund av sjukdom

Sjukdomens namn

När märktes de första symptomen?

Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?

Ja Nej

När?

Anlitades läkare/tandläkare då?

Ja Nej

Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn och ort)?

3. VID DÖDSFALL

Dödsfallsorsak?

Datum för dödsfallet?

På vilket sjukhus/vårdinrättning fastställdes dödsfallet?

4. VID UPPSÄGNING (FYLLS I AV FÖRETAGET)

När blev föraren varslad om uppsägning, eller när sade föraren upp sig?

Skriftlig anmälan om skada ska skickas till If senast inom 6 månader från det att försäkrad fick kännedom om skadan.

Försäkrad ska sända anmälan med bifogade handlingar till företagets HR-avdelning som därefter går igenom ärendet och kompletterar vid behov.

Företagets HR-avdelning skickar handlingar enligt nedan till If Skadeförsäkring, F 200, 106 80 Stockholm
– undertecknad skadeanmälan

– kopia av slutfaktura (eller vid sjukskrivning intyg om att personen har haft kvar bilen under sjukskrivningstiden)
– kopia av leasingavtal

Utöver ovanstående handlingar bifogas beroende av händelse
– dödsfallsintyg
– intyg om sjukdom minst 90 dagar
– intyg om anställnings upphörande samt orsak därtill
– övriga handlingar som är relevanta för att If ska kunna reglera skadan.

5. UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRINGSTAGAREN (FÖRETAGET)

Efternamn och tilltalsnamn på kontaktperson på företaget

Företagets namn och adress

Organisationsnummer

Företagets telefonnr

Kontaktpersonens mobiltelefonnr

Kontaktpersonens mejl-adress

Ort och datum

Kontaktpersonens namnteckning

6. UNDERSKRIFT AV FÖRAREN

Efternamn och tilltalsnamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ort

Telefon hem (även riktnr)

Telefon arbetet (även riktnr)

Mobiltelefon

Jag vill gärna bli kontaktad via mejl

Mejl-adress

Ort och datum

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Namnteckning



Skicka anmälan till:
If Skadeförsäkring AB
F 200
106 80 Stockholm

Vid frågor ring 0771-655 655