

VAHINKOILMOITUS

Fortum Maksuturva

Vahingonkärsinyt

Fortumin asiakas (jos muu kuin vahingonkärsinyt)

Etu- ja sukunimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Postinumero:

Paikkakunta:

Puhelin:

Sähköposti:

Tilinumero:

Etu- ja sukunimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Postinumero:

Paikkakunta:

Tietoja sairauslomasta

Milloin sairaus alkoi / tapaturma sattui?

Päivä (pp.kk.vvvv):

Oletko ollut sairauslomalla samasta syystä aikaisemmin?

Kyllä

Ei

Tietoja vahingosta

Sairaalassa olon syy

Oletko edelleen sairaana?

Kyllä

Ei

Terve

lähtien

Hakemukseen liitettäviä asiakirjoja:

- Lääkärintodistus, josta käy ilmi sairaalassaolopäivät

- Vahvistan lomakkeessa antamani tiedot oikeiksi ja etten ole jättänyt kertomatta asian päättämiseen vaikuttavia tärkeitä tietoja.
- Annan suostumukseni siihen, että AmTrust Nordic Ab kerää ja käsittelee ne tiedot, jotka se tarvitsee arvioidakseen vakuutuskorvausvaatimuksiani. Suostumukseni on voimassa vain korvauskäsittelyn ajan ja suostumustani käytetään vain vahinkoani ja sen korvattavuuden selvittämistä varten.

Päivä ja paikka

Allekirjoitus

Vahinkoilmoitus lähetetään osoitteeseen:

Fortum, c/o Van Ameyde Krogius

Sturenkatu 16

00510 Helsinki

Sähköposti:

claims.finland@krogius.com