



VAHINKOILMOITUS – Maksuturva työkyvyttömyyden varalle Energiaturva

Vahinkoa kärsinyt

Kotimaan Energian asiakas (jos muu kuin vahinkoa kärsinyt)

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

Työkyvyttömyyden syy

Oletko edelleen sairauslomalla?

Kyllä

Ei

Terve

lähtien

Hakemukseen liitettäviä asiakirjoja:

- Lääkärintodistus, mistä diagnoosi ja sairausloman alkamispäivä selviää

- Vahvistan lomakkeessa antamani tiedot oikeiksi ja etten ole jättänyt kertomatta asian päättämiseen vaikuttavia tärkeitä tietoja.
- Annän 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:

Kotimaan Energia, c/o Oy Lars Krogius Ab
Lintulahdenkatu 10, 8. krs.
00500 Helsinki

Sähköposti: energiaturva@kotimaanenergia.fi
Puh: 045 636 3697