

Skadeanmälan - GravidförsäkringBlanketten skickas till
Förenade Liv Gruppförsäkring AB, PSV, 106 60 Stockholm**Besvaras alltid**

Företag/arbetsgivare/förbund	Gruppavtal nummer
------------------------------	-------------------

Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (fylls alltid i)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress	

Försäkrad (barnet/mamman)

Mammans namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om svaret är "Nej", ange barnets adress:

Utbetalning önskas insatt på <input type="checkbox"/> Personkonto <input type="checkbox"/> Bankkonto: Clearingnr: Kontonr: Bank:	Ange vem kontot tillhör:
---	--------------------------

Obligatoriska uppgifter

Har graviditeten varit normal enligt kontroll av läkare eller MVC? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om svaret är "Nej", beskriv problemen
Har mamman kontrollerats eller behandlats för diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före försäkringens tecknande eller före graviditetsveckan 23? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om svaret är "Ja" när skedde kontrollerna/behandlingen?
Mödravårdscentralens namn samt adress?	Ange datum för förlossningen?
I vilken graviditetsvecka skedde förlossningen?	På vilket sjukhus/klinik?
Gäller anmälan diagnosförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Sjukdomsanmälan (barnet/mamman)

Beskriv sjukdomen/diagnosen	
När märktes de första symtomen?	
När söktes vård första gången med anledningen av symtomen?	
När skedde behandlingen?	

Har barnet varit intagen på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange sjukhusets namn, avdelning samt adress
Har mamman varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange sjukhusets namn avdelning samt adress

Olycksfallsanmälan

När inträffade olycksfallet?	år	månad	dag	
Hur gick olycksfallet till? Ange händelseförlopp och övriga omständigheter.				
Vilken kroppsskada blev följden?				<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
När anlätades läkare?	Datum	Ange vårdinrättning samt avdelning, vid privat vård ange läkarens namn och fullständiga adress		
Vilken läkare behandlar barnet nu?	Ange vårdinrättning samt avdelning, vid privat vård ange läkarens namn och fullständiga adress			
OBS! Utgifterna ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos er vårdgivare.				

Har Försäkringskassan beviljat vårdbidrag till någon av vårdnadshavarna på grund av sjukdom eller olycksfall som drabbat barnet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange från och med vilket datum
--	--

Anmälan om dödsfall

Vem är avliden, ange personnummer	När skedde dödsfallet?
-----------------------------------	------------------------

Intygande (om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.		
Datum	Namnteckning	Telefon dagtid (även riktnr)