

## Skadeanmälan Sjukvårdsförsäkring

### 1. Personuppgifter

**Skadenummer:**

Försäkrades efternamn, förnamn		Personnummer	
Gruppmedlems efternamn, förnamn		Personnummer (anges om anmälan gäller medförsäkrad)	
Adress	Postnummer och ort		
Telefon	E-post		
Arbetsgivarens/organisationens namn			

### 2. Anledning till läkarbesök/behandling

Sjukdomen namn/besvär art/kroppsskada (ange kroppsdel, höger/vänster etc)		När märktes de första symtomen? (år, mån, dag)	
När anlätades läkare/vårdgivare (år, mån, dag)	<input type="checkbox"/> Nybesök <input type="checkbox"/> Återbesök	Är du helt återställd/besvärsfri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Läkarens namn och adress		Remiss utfärdad <input type="checkbox"/> Ja, (kopia bifoga) <input type="checkbox"/> Nej	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom/besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken/ vilka?	När? (år, mån, dag)	Hur länge? (fr.o.m-t.o.m)
Namn och adress på den läkare som då anlätades			

### 3. Besvaras vid olycksfall

Utövar du någon sport/idrott <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken/ vilka?	På vilken nivå? (elit, div 1 etc.)	
Hur gick olycksfallet till? Beskriv händelseförloppet.			

### 4. Besvaras vid skada på resa vid självriskeleminering

Avresedatum från bostaden	Ordinarie hemresedatum
Har du sökt ersättning från annan försäkring där du har betalat självrisk	

### 5. Övriga upplysningar Ersättningsanspråk: se baksidan

--	--	--	--

### 6. Underskrift

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Är den skadedrabbade minderårig krävs målsmans underskrift.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

## Ersättningsanspråk

### 7. Personuppgifter

**Skadenummer:**

Efternamn, förnamn		Personnummer	
Adress		Postnummer och ort	
Telefon		E-post	

### 8. Betalningssätt

<input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankonto	Clearingnummer	Kontonummer
---	----------------	-------------

### 9. Receptbelagd medicin om momentet ingår i försäkringen. Bifoga apotekskvittots receiptspec. i original.

Läkemedlets namn	Ver. nr	Belopp kr	Notering
Totalt kr:			

### 10. Vård, resekostnader och hjälpmedel. Bifoga kvittot i original.

Ersättningen avser	Ver. nr	Belopp kr	Notering
Totalt kr:			

### 11. Resor med egen bil. Ska godkännas i förväg.

Datum	Resväg (från-till)	Ver. nr	Antal mil	Notering

### 12. Underskrift

Är den skadedrabbade minderårig krävs målsmans underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------