

# Skadeanmälan

## Olycksfall

Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr
--------------------------------------

Försäkringstagarens namn och adress
-------------------------------------

Försäkringsnr	Skadenr (fylls i av bolaget)
Försäkrads namn (fylls alltid i även om anmälan avser medförsäkrad / barn)	Personnr
Medförsäkrads namn (fylls i endast om anmälan avser medförsäkrad / barn)	Personnr
Yrke, sysselsättning	Telefonnr dagtid
Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto	Nummer (inkl. clearingnr)

När inträffade olycksfallet, datum, klockslag	Var inträffade olycksfallet <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till el. från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden
Beskrivning av händelseförloppet	
Vilken kroppsskada blev följden (vid t ex handskada ange höger / vänster)	

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När?	På vilket sätt?

När anlätades läkare första gången	Läkarens namn och adress	
Vilken läkare sköter dig nu, namn och adress		
Intagen på sjukhus fr o m - t o m	Vilket sjukhus	Befaras framtida men <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns annan försäkring eller har skadan skett vid trafikolycka <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange bolag och försäkringsnr och eventuellt reg. nr	

### Underskrift (är den skadade omyndig ska ansökan i stället undertecknas av målsman)

Härmed intygas att här lämnade uppgifter är riktiga. Samtidigt medges att av mig anlätade vårdinrättningar, allmän försäkringskassa eller annat försäkringsbolag får lämna de upplysningar om hälsotillståndet som är nödvändiga för bedömning av skadan.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Använd baksidan för att specificera dina utgifter. Bifoga originalverifikationer.