

Ersättning söks från Privat olycksfallsförsäkring Resenärförsäkring Sjukkostnadsförsäkring

Försäkringsnummer		Försäkringstagare om inte samma som den skadade	
PERSON-UPPGIFTER	Den skadades namn		Personbeteckning
	Adress		Yrke
	Postnummer	Postanstalt	Telefonnummer
	Ersättningsmottagare		Personbeteckning
	Adress, om annan än den skadades		Kontonummer
UPPGIFTER OM SKADAN	Olycksfallet inträffade eller sjukdomen gav sig till känna <input type="checkbox"/> i arbetet eller på väg till/från arbetet <input type="checkbox"/> på fritiden <input type="checkbox"/> i trafiken <input type="checkbox"/> under tävlingsidrott <input type="checkbox"/> under resa		
	Om på resa <input type="checkbox"/> semesterresa <input type="checkbox"/> arbetsresa		
	Skadedatum/sjukdomstid		Plats
	kl		
	Noggrann redogörelse för skadefallet eller sjukdomen		
	Skadans eller sjukdomens art		
	Läkar/sjukhusvården började	Sjukhusvården avslutades	Anlitad läkarcentral/sjukhus
	Tidigare symptom eller skador på samma kroppsdel, när och av vilken art?		
REDOGÖRELSE ÖVER RESAN (Resenärförsäkring)	Resans syfte		När skulle resan börja och sluta? -
	Researrangörens namn	När avslutades resan i verkligheten?	När bokades resan?
	Har ersättning erhållits av researrangören? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hur mycket? (bifoga intyg)		När annullerades resan
IDROTTS-OLYCKSFALL	Var tävlingen eller träningen arrangerad av idrottsförbund eller förening? <input type="checkbox"/> ja, förbundets/föreningens namn? <input type="checkbox"/> nej, vad annat?		
ALKOHOL	Var den försäkrade då skadan inträffade påverkad av alkohol eller annat rusmedel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		
POLISUNDER-SÖKNING	Har polisundersökning ägt rum? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		Polisinrättningens namn
ANDRA FÖRSÄKRINGAR	Har den försäkrade övriga motsvarande försäkringar gällande? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		Försäkringsbolagets namn
BILAGOR (se direktiv för ansökan om ersättning)	<input type="checkbox"/> Folkpensionsanstaltens ersättningsbeslut i original <input type="checkbox"/> apotekskvitto i original, antal: <input type="checkbox"/> resebiljetter <input type="checkbox"/> andra sjukkostnadsverifikat i original, antal: <input type="checkbox"/> läkarintyg <input type="checkbox"/> recept, antal: <input type="checkbox"/> utredning eller intyg från researrangören <input type="checkbox"/> intyg över orsaken till försenad eller avbruten resa <input type="checkbox"/> övrigt, vad?		
UNDERSKRIFT	För att förebygga brottslighet som riktar sig mot försäkringsbolagen överlämnar försäkringsbolaget uppgifter gällande till bolaget meddelade skador till försäkringsbolagens gemensamma datasystem, varvid försäkringsbolaget kontrollerar vilka skador som anmälts till de övriga försäkringsbolagen. Uppgifterna används endast i samband med behandling av ersättningsärenden. (Gäller ej sjukkostnadsförsäkringen)		
	Jag bekräftar att uppgifterna i denna anmälan är korrekta. Jag tillåter att de läkare, sjukhus och andra anstalter eller personer som känner mig och mitt hälsotillstånd, ger bolaget de utredningar som bolaget anser nödvändiga för handläggningen av denna ansökan. Ort och datum		
		Ersättningsökandes underskrift och namnförtydligande	