

+

Skadeanmälan

Sjukdom barn- och ungdomsförsäkring



+

Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr	Försäkringstagarens namn och adress
--------------------------------------	-------------------------------------

Försäkringsnr	Skadenr
Målsmans personnr	Telefonnr dagtid /mobilnr
E-postadress	
Barnets namn	Barnets personnr
Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto	Nummer (inkl. clearingnr)

När märktes de första symtomen, datum	Sjukdomens namn
Har barnet tidigare haft liknande sjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När påbörjades läkarbehandlingen, datum
Läkarens namn	
Läkarens adress	
Intagen på sjukhus fr o m	T o m
Finns annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange bolag och försäkringsnr

Övriga upplysningar

Underskrift

Härmed intygas att här lämnade uppgifter är riktiga. Jag medger att de lämnade uppgifterna om mitt barns hälsotillstånd får delges anlitat återförsäkringsbolag.	
Datum	Vårdnadshavares underskrift

Blanketten skickas till: Dina Försäkringar, FE 50320, 832 82 Frösön.

+

+