

Skadeanmälan Olycksfall



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr

Försäkringstagarens namn och adress

Försäkringsnr	Skadenr
Försäkrads namn (fylls alltid i även om anmälan avser medförsäkrad / barn)	Personnr
Medförsäkrads namn (fylls i endast om anmälan avser medförsäkrad / barn)	Personnr
E-postadress	Telefonnr dagtid /mobilnr
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 kroppsdela tidigare varit utsatt för skada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När?	På vilket sätt?

När anlätades läkare första gången	Vilken läkarbehandling fick du då?	
Vilken läkarbehandling eller uppföljning har du idag för skadan, och på vilket sjukhus?		
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. Jag medger att de lämnade uppgifterna om mitt hälsotillstånd får delges anlitat återförsäkringsbolag.

Datum	Underskrift

Använd baksidan för att specificera dina utgifter. Bifoga originalverifikationer.

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