

Skadeanmälan Sjukdom



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr

Försäkringstagarens namn och adress

Försäkringsnr	Skadennr
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
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
Beskrivning av händelseförloppet	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I så fall när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

När anlätades läkare första gången?	Vilken vårdcentral eller sjukhus?
Vilken vårdcentral eller sjukhus behandlas du på nu?	
Intagen på sjukhus fr o m - t o m	Vilket sjukhus
Finns annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange bolag och försäkringsnummer

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 övriga kompletterande upplysningar.

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