

<b>Försäkringstagare</b>	Skadenr (ifylles av försäkringsbolaget)
Namn	Försäkringsnr
Postadress	Personnr/Organisationsnr
Postnr och ort	Telefon dagtid (även riktnr)
E-postadress	Telefon arbetet/Mobiltelefon (även riktnr)

<b>Ersättning betalas till</b>	Bankens namn
Betalningsmottagare	Momsredovisningsskyldig <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Bankkonto nr + clearing nr <input type="checkbox"/> Plusgiro nr <input type="checkbox"/> Bankgiro nr <input type="checkbox"/>	Ange lämpligt alternativ och skriv nummer här

<b>Allmänna uppgifter</b>	
När inträffade olycksfallet?	Datum <input type="text"/> Klockan <input type="text"/> <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden
Hur gick olycksfallet till?	Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter
Befaras framtida besvär eller invaliditet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Har läkarbehandling avslutats <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den <input type="text"/>
Vilken kroppsskada har blivit följden?	
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja När <input type="text"/> På vilket sätt <input type="text"/>
När anlätades läkare?	Datum <input type="text"/> Läkarens namn, vårdinstans och avdelning <input type="text"/>
Vilken läkare sköter dig nu?	Läkarens namn, vårdinstans och avdelning <input type="text"/>
Har du vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilket sjukhus och avdelning <input type="text"/> Under vilken tid <input type="text"/>
Har du andra sjuk- eller olycksfallsförsäkringar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Bolag <input type="text"/> Försäkring nr <input type="text"/>
Ingår läkekostnadsersättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du tidigare fått ersättning för olycksfall eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja När <input type="text"/> Varifrån <input type="text"/>
Övriga upplysningar	

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdanstalt, samt den eller de läkare, som behandlar mig eller tidigare behandlat mig, lämnar bolaget alla för bedömning av mina ersättningskrav erforderliga upplysningar om mitt hälsotillstånd.

Ort och datum

Underskrift

.....

Om den försäkrade inte själv är i stånd att skriva under anmälan bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom om fallet.