

Skadeanmälan Behandlingsskada

Moderna

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företagsskador
Box 7830
103 98 Stockholm

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Sid 1/4

Skadelidandes ex

Skadelidande

Skadelidande namn

Adress

Personnummer

Telefon

E-post

Kontaktperson

Konto för ev ersättning

Namn på vårdenhet där skadan inträffade

Adress

År, mån, dag (Då skadan inträffade)

Telefon

Beskriv skadehändelsen

Har skadan föranlett besök hos läkaren eller annan vårgivare? Ange namn, adress och telefon

Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskador?

Ja Nej

Bolag:

Försäkringsnummer:

Var ni sjukskriven vid skadetillfället?

Ja Nej

Fr.o.m. (år, mån, dag):

T.o.m. (år, mån, dag):

Har skadan föranlett sjukskrivning?

Ja Nej

Sjukhusets namn

Har ni haft kostnader till följd av skadan?

Ja Nej

Totalt kr

Underskrift

Fullmakt för Moderna att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, riksförsäkringsverket samt andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömning av min rätt till ersättning.

Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar. Jag medger att ovannämnda handlingar får utlämnas till Moderna.

Ort

Datum

Namnsteckning

Om skadeanmälan undertecknas av annan än den skadade, ange anledning

Sänd eller lämna skadeanmälan till den vårdenhet där skadan inträffade.

Skadeanmälan kan också sändas direkt till Moderna Försäkringar, Box 7830, 103 98 Stockholm

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företagsskador
Box 7830
103 98 Stockholm

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Vårdinrättningens ex

Sid 3/4

Försäkringstagare

Företagets namn

Organisationsnummer

Adress

Telefon

E-post

Konto vid ev ersättning

Kontaktperson

Orsak till vård då skadan inträffade

Var patienten sjukskriven vid skadetillfället?

 Ja Nej

Var patienten intagen på sjukhus eller annan vårdenhet vid skadetillfället?

 Ja Nej

Adress

Har behandling skett på remiss?

 Ja Nej

Från vem?

Hur uppkom skadan?

Har skadan / Skulle skadan ha föranlett sjukskrivning eller intagning på sjukhus

 Ja Nej

Fr.o.m.

Utlåtande om patientens besvär, behandling o.d. Bifoga gärna journalutdrag.

Journalkopior bifogas

Bestående men

Ja Nej Kan i nuläget inte bedömas

Underskrift, Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

Datum / Ort

Försäkringstagarens namnteckning