

Skadeanmälan Olycksfall

Moderna

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företagsskador
Box 7830
103 98 Stockholm

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Sid 1/2

Försäkringstagare

Företagets namn		Organisationsnummer
Adress		Telefon
E-post	Konto vid ev ersättning	Kontaktperson

Skadelidande

Skadelidandes namn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnr och Postort
E-post:		Telefon dagtid
Är den skadelidande anställd hos försäkringstagaren?	Konto vid ev ersättning	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl	Var inträffade olycksfallet?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hur gick olycksfallet till? Dataljerad beskrivning		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Vilken kroppsskada uppkom?		
<input type="text"/>		
När anlätades läkare?	Vilken läkare (namn, adress, telefon)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I så fall när?	Vilken läkare anlätades då? (namn/adress)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja Nej

Om "Ja", när: _____

Befaras invaliditet?

Ja Nej

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Ja Nej

Bolag _____

Har skadan anmälts dit?

Ja Nej

OBS! Information beträffande läke- och tandskadekostnader vid olycksfall

Försäkringen är en komplettering till samhällets skydd. Därför gäller följande:

Läke- och resekostnader till och från läkare

Vänd dig alltid i första hand till vårdgivare (vårdcentral/sjukhus) med förfrågan om ersättning. Insänd därefter ersättningsbevis i original. Alla kostnader som inte ersätts av vårdgivare skall styrkas med originalkvitto.

Tandskadekostnader

Barn och ungdomar har - t o m det kalenderår de fyller 19 år - rätt till gratis, regelbunden och fullständig tandvård hos folktandvården. Därför skall inte något tandläkarintyg sändas till Moderna.

Skadekostnader

Datum	Utgiftens art (läkararvoden)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassan	Återstående belopp

Underskrift skadelidande (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning sam den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat den försäkrade/mig får lämna Moderna alla för bedömning av ersättningskraven er foderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Datum / Ort _____

Underskrift, skadelidande _____

Namnförtydligande, v g texta _____

Underskrift försäkringstagare

Datum / Ort _____

Underskrift, försäkringstagare _____

Namnförtydligande, v g texta _____