

Ersättningskrav

Utgiftsposter	Belopp
Summa	

Övriga upplysningar

Fortsätt på löst blad om utrymmet ovan inte räcker till. Bifoga originalverifikationer.

Härmed intygas att här lämnade uppgifter är riktiga. Samtidigt medges att av mig anlitade läkare till Moderna Försäkringars förtroendeläkare får lämna de upplysningar som är nödvändiga för bedömning av ersättningsfrågan.

Datum	Försäkringstagarens underskrift
-------	---------------------------------

Skadeanmälan skickas till:
Moderna Försäkringar SAK AB
Konsumentskador
Box 7830
103 98 Stockholm