

## Anmälan om sjukdom - Vuxen

Försäkringstagarens namn	Personnummer	Yrke, sysselsättning
Adress	Postnummer och ort	E-mail
Försäkringsnummer	Telefon dagtid	Kontonummer inkl clearingnummer

När märktes de första symtomen, datum	Sjukdomens namn
Har du tidigare haft liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När påbörjades läkarbehandlingen, datum
Vårdgivarens namn	
Vårdgivarens adress	
Inlagd på sjukhus fr.o.m.	t.o.m.
Finns annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange bolag och försäkringsnummer

### 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