

Skadeanmälan Olycksfall

Moderna
Försäkringstagare

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Skadenummer
Kontaktperson	Telefon
E-post	

Skadelidande

Skadelidandes namn	Skadelidandes personnummer (ååmmdd-xxxx)
--------------------	--

Skadelidandes utdelningsadress	Postnummer och ort
E-post	Telefon dagtid

Är den skadelidande anställd hos försäkringstagaren?

 Ja ☐ Nej ☐

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)

 Bg ☐ Pg ☐

Bankgironummer/Plusgironummer

Är skadan anmäld till AFA?

 Ja ☐ Nej ☐

Har skadan inträffat under arbetstid?

 Ja ☐ Nej ☐

När inträffade olycksfallet? År mån dag, kl.

Var inträffade olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till? Beskriv detaljerat hela händelsen.



F O L 2 0 1 3 1

Skadeanmälan

Olycksfall

Vilken kroppsskada uppkom?

När anlitades läkare?

Vilken läkare? (namn, adress, telefon)

Har den skadade kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Om ja, när?

Ja ☐ Nej ☐

Vilken läkare anlitades då? (namn, adress, telefon)

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja ☐ Nej ☐

Befaras invaliditet?

Ja ☐ Nej ☐

Finns olycksfallsförsäkring?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, ange bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja ☐ Nej ☐

Om skadan anmälts dit, ange namn på handläggaren samt skadenummer

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

Forts. nästa sida



F O L 2 0 1 3 1

Skadeanmälan

Olycksfall

Skadekostnader (forts.)

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

Underskrift försäkringstagare

Ort och datum

Försäkringstagarens underskrift

Namnförtydligande v g texta

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företags- och Industriskador
FE 380
106 56 Stockholm

Eller via e-post: foretagsskador@modernaforsakringar.se

Vid frågor kontakta:

foretagsskador@modernaforsakringar.se

Läs vår integritetspolicy på:

www.modernaforsakringar.se/integritet



F O L 2 0 1 3 1