

Skadeanmälan

Patientskada



Skadelidandes exemplar

Skadelidandes namn	Personnummer
Adress	Skadenummer
Postnummer och postort	
E-post	Telefon

Ersättning

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)

Pg Bg

Bankgironummer/plusgironummer

Vård

Har behandlingen utförts på en statlig vårdenhet?

Ja Nej

Namn på vårdenhet där skadan inträffade

Namn på person som utfört behandlingen

Har behandlingen utförts på remiss?

Ja Nej

Om ja, från vem?

Datum då skadan inträffade (år, mån, dag)

Telefon

Beskriv skadehändelsen

Har du bestående men?

Ja Nej Kan i nuläget inte bedömas



Skadeanmälan

Patientskada

Har skadan föranlett besök hos läkare eller annan vårdgivare? Ange namn, adress och telefon

Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskador?

Ja Nej

Om ja, ange bolag och försäkringsnummer

Var ni sjukskriven vid skadetillfället?

Ja Nej

Om ja, ange from år, mån, dag, tom år, mån, dag

Har skadan föranlett sjukskrivning?

Ja Nej

Om ja, ange sjukhusets namn

Har ni haft kostnader till följd av skadan?

Ja Nej

Om ja, totalt i 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 och datum

Underskrift

Om skadeanmälan undertecknas av annan än den skadade, ange anledning

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företags- och Industriskador
FE380
106 56 Stockholm

Vid frågor kontakta:

foretagsskador@modernaforsakringar.se
Läs vår integritetspolicy på:
www.modernaforsakringar.se/integritet

Eller via e-post: foretagsskador@modernaforsakringar.se

