Kundnr: **52-156355**	Försäkringsnr:

ANMÄLAN OM INTRÄFFAD SJUKAVBROTTSSKADA

Den skadelidandes namn	Den skadelidandes personnr	
Utdelningsadress	Postnr	Ort
Telefon dagtid	E-post	

Skadedatum	Skadeplats

ERSÄTTNINGSANSPRÅK

Var vänlig specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här, och uppge om anspråken är att anse som fullständiga och slutgiltiga. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning. Vid behov, fortsätt på nästa sida.

REDOGÖRELSE FÖR VAD SOM HÄNT

Beskriv nedan vad som hänt. Läkarintyg skall alltid bifogas anmälan om personskada. Om ersättningsrätten förutsätter beslut fattat av försäkringskassa, var vänlig bifoga beslutet. Vid överfall/misshandel skall polisanmälan bifogas. Vid behov, fortsätt på nästa sid.
Vilken kroppsskada blev följden?
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?

☐ Ja När? På vilket sätt?

☐ Nej

Under vilken tid har du varit sjukskriven?

Helt ☐	Halvt ☐	Fr.o.m.	T.om.
Helt ☐	Halvt ☐	Fr.o.m.	T.om.
Helt ☐	Halvt ☐	Fr.o.m.	T.om.
Helt ☐	Halvt ☐	Fr.o.m.	T.om.

Har du annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring?

☐ Ja Bolag? Försäkringsnr? Är skadan anmäld dit? ☐ Ja

☐ Nej ☐ Nej

PLUSGIRO/BANKGIRO/BANKKONTO DIT ERSÄTTNING SKALL BETAL

(Finns varken plus-, bankgiro eller bankkonto betalas ersättning via postanvisning)

Bank	Clearingnr.	Kontonr.
Plusgironr./bankgironr.		

UNDERSKRIFT

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt och allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som försäkringsgivaren behöver för att utreda huruvida den anmälda skadan/sjukdomen omfattas av försäkringen enligt försäkringsvillkoren.

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Anmälan och originalkvitton lämnas till Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 STOCKHOLM,
som efter att ha intygat försäkringstillhörighet vidarebefordrar anmälan till försäkringsgivaren

OBS!

Skada skall anmälas snarast.

forts. från sid 1.