

Vilken kroppsskada blev följden?		
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?		
<input type="checkbox"/> Ja	När?	På vilket sätt?
<input type="checkbox"/> Nej		

Har Ni annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring?			
<input type="checkbox"/> Ja	Bolag?	Försäkringsnr?	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> Nej

PLUSGIRO/BANKGIRO/BANKKONTO DIT ERSÄTTNING SKALL BETALAS

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

Bankkonto (inkl clearingnr)
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 inom sex månader.

forts. från sid 1. /cont. from page 1