

Avtalsnummer 52-15635

Försäkringsnr:

**ANMÄLAN OM INTRÄFFAD PERSONSKADA, RESEFÖRSÄKRING**

Den skadelidandes namn	Den skadelidandes personnr	
	Gruppmedlemmens namn	
Utdelningsadress	Postnr	Ort
Telefon dagtid	Telefon kvällstid	

Skadedatum	Skadeplats
------------	------------

**ANMÄLAN AVSER**

Tjänsteresa <input type="checkbox"/>	Nöjesresa <input type="checkbox"/>	Blandad resa <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

**ERSÄTTNINGSPRÅK**

Var vänlig specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här, och uppges 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?	
<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

**POSTGIRO/BANKGIRO DIT ERSÄTTNING SKALL BETALAS**

(Finns varkenpost-, bankgiro eller personnummerkonto betalas ersättning via postanvisning)

"Personnummerkonto"
Postgiro nr./bankgiro nr.

**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 UAP i Sverige 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.  
Du skall inkomma med Dina krav inom sex (6) månader.**

forts. från sid 1.







