

Skadeanmälan



Patientförsäkring Hälso- och Sjukvård

Fylls i av patienten.

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan.

Patientens namn	Vårdgivarens namn
Personnummer	Vårdgivarens organisationsnummer
Postadress	Vårdgivarens postadress
Mejl	Vårdgivarens mejladress
Telefon	Vårdgivarens telefonnummer

Beskrivning av det inträffade

Datum när skadan anses ha inträffat

Orsak till vård när skadan inträffade

Ange skada/skador som anmälan gäller – du kan även komplettera dina uppgifter under handläggningens gång

Var du sjukskriven vid skadetillfället?

Ja Nej

Har du behövt söka vård för skadan?

Ja Nej

Har skadan medfört sjukskrivning?

Ja Nej

Vid ja, under vilken period?

Ange namn till samtliga vårdgivare du uppsökt

Underskrift

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas. Jag förbinder mig att omedelbart underrätta If om jag får ersättning från annat håll. Om den som är sjuk eller skadad är under 18 år ber vi målsman skriva under.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Skicka anmälan till:
If
F200
106 80 Stockholm

eller till:
ansvar@if.se