

# Skadeanmälan privatsjukvård



Skadenummer

Efternamn och tilltalsnamn (skriv tydligt – texta gärna)

Försäkringsnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Personnummer

Telefon (även riktnr) arbete

Telefon (även riktnr) bostad

Mejl

## UTBETALNINGSSÄTT

Ange konto för insättning av ersättningsbelopp (markera med x och fyll i kontonummer). Anges inget konto sker utbetalning genom bankgiro.

Bankkonto

Bankgiro

Postgiro

Clearingnr

Kontonr

## SJUKDOM

Sjukdomens namn

När märkte du de första symptomen?

Har du tidigare behandlats för samma/  
liknande sjukdom?  Ja  Nej

Vilken?

När?

Hur länge?

Vilken läkare anlätades då? Ange läkarens namn och adress.

## OLYCKSFALL

När och var inträffade olycksfallet? (datum och plats)

Hur gick olycksfallet till?

Vilka kroppsskador blev följden?

Vilka läkare har behandlat skadan?

Är behandlingen avslutad?

Ja

Nej

## AKTUELL BEHANDLING/UNDERSÖKNING

När anlätades läkare/vårdgivare/lf sjukvårdsrådgivning? (datum)

Läkarens namn och adress

Remiss utfärdad

Ja

Nej

Läkarens namn och adress

Har du fått tid för operation eller vårdats på sjukhus?

Ja

Nej

Sjukhusets namn

Datum

Är du helt återställd/besvärslös?

Ja

Nej

Har du sjukersättning/aktivitetsersättning eller annan liknande ersättning?

Nej

Ja

Från när och orsak

## VID SKADA PÅ RESA

Avresedatum från bostaden

Ordinarie hemresedatum

Har If Assistance anlätats?

Ja

Nej

Har du annan sjukvårds-, olycksfalls-, rese-, hem-,  
eller läkekostnadsförsäkring?  Ja  Nej

Bolagets namn

Försäkring nr

