

Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskador?

Ja Nej

Bolag:

Försäkringsnummer:

Var ni sjukskriven vid skadetillfället?

Ja Nej

Fr.o.m. (år, mån, dag):

T.o.m. (år, mån, dag):

Har skadan föranlett sjukskrivning?

Ja Nej

Sjukhusets namn

Har ni haft kostnader till följd av skadan?

Ja Nej

Totalt kr

Underskrift

Fullmakt för Moderna att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, riksförsäkringsverket samt andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömning av min rätt till ersättning.

Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Moderna.

Ort

Datum

Namnsteckning

Om skadeanmälan undertecknas av annan än den skadade, ange anledning

Sänd eller lämna skadeanmälan till den vårdenhet där skadan inträffade.

Skadeanmälan kan också sändas direkt till Moderna Försäkringar, Box 7830, 103 98 Stockholm

Skadeanmälan Behandlingskada

Moderna

Skadeanmälan skickas till:
Företagarnas Försäkringservice
Box 9600
117 91 Stockholm

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Vårdinrättningens ex

Sid 3/4

Försäkringstagare

Företagets namn		Organisationsnummer
Adress		Telefon
E-post	Konto vid ev ersättning	Kontaktperson

Orsak till vård då skadan inträffade

Var patienten sjukskriven vid skadetillfället?

Ja Nej

Var patienten intagen på sjukhus eller annan vårdenhet vid skadetillfället?

Ja Nej

Adress

Har behandling skett på remiss?

Ja Nej

Från vem?

Hur uppkom skadan?

Har skadan / Skulle skadan ha föranlett sjukskrivning eller intagning på sjukhus

Ja Nej

Fr.o.m.

Utlåtande om patientens besvär, behandling o.d. Bifoga gärna journalutdrag.

Journalkopior bifogas

Bestående men

Ja Nej Kan i nuläget inte bedömas

Underskrift, Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

Datum / Ort

Försäkringstagarens namnteckning