

Skadeanmälan Olycksfallsförsäkring

Försäkrings-/kundnummer

Ifylld skadeanmälan returneras till: European Special Insurances AB, Storgatan 82 B nr 2405, 352 46 Växjö eller mejlas till kundservice@klokforsakring.se

Försäkrads/Gruppmedlemmens namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Utbetalning önskas till <input type="checkbox"/> bankkonto <input type="checkbox"/> bankgiro <input type="checkbox"/> postgiro <input type="checkbox"/> personkonto			
Clearingnummer	Kontonummer	Bank	

När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag, klockslag)			
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.			
Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?			
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja – när och på vilket sätt? <input type="checkbox"/> Nej			
När anlätades läkare? (Datum)	Läkarens namn och sjukhus-klinik		
Vilken läkare behandlar dig nu?	Läkarens namn och sjukhus-klinik		
Har du vårdats inskriven över natt på sjukhus? (Ange inte permissionsdagar)	<input type="checkbox"/> Ja – vilket sjukhus?	Fr o m	T o m <input type="checkbox"/> Nej
Har du varit sjukskriven på grund av olycksfallet? Läkarintyg eller akutjournal måste bifogas. Ange sjukskrivningsperioder och grad av sjukskrivning.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Helt	Fr o m	T o m
	<input type="checkbox"/> Delvis (ange grad)	Fr o m	T o m
Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja, sedan <input type="checkbox"/> Nej	Befaras framtida invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Känner polisen till händelsen? <input type="checkbox"/> Ja – om ja, vilken polismyndighet <input type="checkbox"/> Nej			

Besvaras alltid

Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Försäkringsnummer
---	-------	-------------------

