

# Olycksfallsanmälan Seniorförsäkring

Gruppavtal nr 65000 och 9550

# skandia:

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm ej underskrift.**

Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper. Glöm då inte att skriva ditt personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

**Blanketten sänds till:**

Skandia  
Dokumenthantering, R802  
106 37 Stockholm  
Tfn: 020-55 55 00

## 1. Försäkringstagare

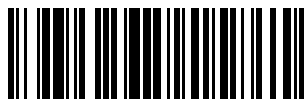
Efternamn och förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Telefon (även riktnummer)	E-postadress
Civilstånd	
<input type="checkbox"/> Ensamstående	<input type="checkbox"/> Gift/sambo/registrerad partner

## 2. Önskemål om utbetalningssätt

Jag vill att beloppet ska sättas in på konto	Clearingnummer	Kontonummer			
<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Personkonto	<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro		
Bankens namn	Kontoinnehavare				

## 3. Uppgifter om olycksfallet

När inträffade olycksfallet? (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Klockslag	Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter	
Vilken kroppsskada blev följden av olycksfallet?			
När anlätades läkare? (ÅÅ-MM-DD)	Läkarens namn och adress		
Vilken läkare behandlar dig nu? (namn och adress)			
Har du vårdats på sjukhus? Vilket?	Datum fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Datum t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Nuvarande hälsotillstånd – är du helt återställd?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? På vilket sätt?	När? (ÅÅÅÅ-MM-DD)		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Läkarens namn och adress		Vilket datum anlätades läkare? (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
Har du annan olycksfallsförsäkring? Bolag	Försäkringsnummer	Är skadan anmäld dit?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Fanns beviljad hemtjänst innan olycksfallet?	Antal timmar		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			



6530:10

6530:10

SID 1 (2)

Signatur

