

Skadeanmälan

Privatvårdsförsäkring

Produkter med karenstid



Blanketten sänds till:
Skandia
Dokumenthantering, R812
106 37 Stockholm
Tfn: 0771-55 55 00
Mejladress: pvsador@skandia.se

Skadeanmälan skickas till Skandia i original snarast möjligt.

1. Personuppgifter – Var god texta		Arendenummer:	<input type="checkbox"/> Ny anmälan
Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Telefon arbete (även riktnr)	
Mejladress	Telefon mobil	Telefon bostad (även riktnr)	

2. Anledning till läkarbesök/behandling

Sjukdomens namn/besvärens art/kroppsskada (ange kroppsdel, hö/vä etc.)		När märktes de första symtomen? (år, mån, dag)	
När anlätades läkare/vårdgivare? (år, mån, dag)	<input type="checkbox"/> Nybesök <input type="checkbox"/> Återbesök	Är du helt återställd/besvärslös?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Läkarens namn och adress		Remiss utfärdad	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, kopia bifogas.
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom/besvär?	Vilken/vilka?	När? (år, månad, dag)	Hur länge? (fr.o.m. – t.o.m.)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Namn och adress på den läkare/vårdgivare som då anlätades			
Utövar du någon sport/idrott (ej motionsidrott)	Vilken/vilka?	På vilken nivå? (elit, div 1 etc.)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

3. Besvaras vid olycksfall

Hur gick olycksfallet till? Beskriv händelseförloppet.	

4. Besvaras vid skada på resa

Avresedatum från bostaden	Ordinarie hemresedatum	Har SOS-International i Köpenhamn anlätats?	Har du sjuk-, olycksfalls-, rese-, hem- eller läkekostnadsförsäkring?
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Försäkringsbolagets namn	Försäkringsnummer		



90412:11

90412:11

SID 1 (3)

Signatur

5. Skaderegleringsfrågor

Frågorna ligger till grund för skaderegleringen. Det är därför viktigt att du svarar på alla.

a. Har du under de senaste 2 åren varit sjukskriven (helt eller delvis) i mer än 14 dagar i följd för den skada du nu anmäler eller för liknande symtom? Samtliga sjukperioder längre än 14 dagar ska uppges.			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
När?	Hur länge?	Orsak	Sjukskrivande läkare, namn och adress	
När?	Hur länge?	Orsak	Sjukskrivande läkare, namn och adress	
b. Har du sjukpenning eller annan ersättning från Försäkringskassan eller av hälsoskäl särskilt anpassat arbete?			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Vilken?	Orsak	Sedan när?		
c. Använder du något läkemedel?			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Vilket/vilka?	Receptskrivande läkare samt fullständigt adress		Anledning	
Hur länge har du använt läkemedlet/läkemedlen?				
Vilket/vilka?	Receptskrivande läkare samt fullständigt adress		Anledning	
Hur länge har du använt läkemedlet/läkemedlen?				
Vilket/vilka?	Receptskrivande läkare samt fullständigt adress		Anledning	
Hur länge har du använt läkemedlet/läkemedlen?				
Vilket/vilka?	Receptskrivande läkare samt fullständigt adress		Anledning	
Hur länge har du använt läkemedlet/läkemedlen?				

6. Övriga upplysningar

7. Underskrift

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Är den skadedrabbade minderårig krävs målsmans underskrift.

Underskriftsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Namnsteckning	Namnförtydligande
2 0 - -		

Ersättningsanspråk

För att underlätta hanteringen av ditt ärende, vänligen klistra upp samtliga originalkvitton som specificeras på detta underlag på ett A4-ark. Undvik gem och häftklammer.



Blanketten sänds till:

Skandia
Dokumenthantering, R812
106 37 Stockholm
Tfn: 0771-55 55 00
Fax: 08-568 866 52

Arendenummer	<input type="checkbox"/> Ny anmälan
--------------	-------------------------------------

1. Personuppgifter

Efternamn och tilltalsnamn (texta)	Telefon (även riktnr)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	

2. Betalningssätt

<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------	-------------

3. Receptbelagd medicin Gäller Lifeline Access, Lifeline Plus och Lifeline Excellent. *Bifoga apotekskvittots receptspec. i original.*

Läkemedlets namn	Ver. nr.	Belopp kr	Notering
Totalt kr:			

4. Vård, resekostnader och hjälpmedel. *Bifoga kvitton i original.*

Ersättningen avser	Ver. nr.	Belopp kr	Notering
Totalt kr:			

5. Resor med egen bil

Datum	Resväg (från - till)	Ver. nr.	Antal mil	Notering
Totalt:				

6. Underskrift

Är den skadedrabbade minderårig krävs målsmans underskrift.

Underskriftsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Namnteckning	Namnförtydligande
2 0		