

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.

skandia
bank & försäkring

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

Ärendenummer

1. Personuppgifter

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

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.

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



90413:4

90413:4

SID 1 (1)