

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:

Blanketten sänds till:
Skandia
Dokumenthantering, R812
106 37 Stockholm
Tfn: 020-55 55 00

Ärendenummer (obligatoriskt) | | | | | | | | | |

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 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 - -		

Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) Säte: Stockholm Org.nr: 502017-3083



90413:2

90413:2

SID 1 (1)