

Skadeanmälan Privatvårdsförsäkring för barn

**Blanketten sänds till:**

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

Skadeanmälan skickas till Skandia i original snarast möjligt.

1. Barnets personuppgifter

Ärendenummer		<input type="checkbox"/> Ny anmälan
Efternamn och tilltalsnamn (texta)		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	

2. Vårdnadshavarens namn och adress

Efternamn och tilltalsnamn (texta)		
Utdelningsadress (om annan än ovan)	Postnummer och ortnamn	
Telefon arbete (även riktnr)	Telefon bostad (även riktnr)	Mejladress

3. 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)		Är barnet helt återställt/besvärsfritt?	
<input type="checkbox"/> Nybesök <input type="checkbox"/> Återbesök		<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 barnet 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/BVC-mottagning som då anlätades			

4. Övriga upplysningar Ersättningsanspråk: Se baksidan!

5. Vårdnadshavarens underskrift

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

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



90525:4

90525:4

SID 1 (1)

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

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

1. Barnets personuppgifter

Efternamn och tilltalsnamn (texta)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn

2. Betalningssätt

<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens för- och efternamn				

3. Receptbelagd medicin Gäller Lifeline Junior+. 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. Vårdnadshavarens underskrift

Är den skadedrabbade minderårig krävs målsmans underskrift.

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