

Datum
ANMÄLAN OM SJUKDOM
Barn och ungdom

Skadenummer (ifylls av bolaget)

Namn, adress

Försäkringsnummer:	Personnummer:	Telefon.	Målsmans kontonummer, inkl clearingnr:
Övriga Sjuk/olycksfallsförsäkringar			
Bolag: _____		Försäkringsnummer: _____	
Sjukdomens namn?			
När upptäcktes de första symptomen på sjukdomen och hur yttrade sig besvären? (fortsätt gärna på baksidan)			
När anlätades läkare för första gången för sjukdomen?	Tidpunkt?	Läkarens namn, vårdinrättning	
Har den försäkrade tidigare lidit av liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken?	
	När?	Hur länge?	
Har den försäkrade varit inlagd på sjukhus över natt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket sjukhus?	Under vilken tid?
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken behandling?	
Pågår medicinsk behandling?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Hos vilken läkare behandlas den försäkrade nu?	Läkarens namn och vårdinrättning		
Befaras framtida besvär eller invaliditet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken typ av besvär?	
Har vårdbidrag från allmän försäkring sökts?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr. om?	
Har den försäkrade tidigare fått ersättning för olycksfall eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När?	Varifrån?

Uppgift om kostnader (Utgifterna ska styrkas med originalverifikationer)

Datum	Utgiftens art	Kostnad	Ver nr

Underskrift av vårdnadshavare (eller av den försäkrade om han/hon är myndig)

Härmed intygas att lämnade uppgifter är sanningsenliga.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande
