

Skadeanmälan Behandlingsskada



Skadelidandes exemplar

Skadelidandes namn	Personnummer
Adress	Skadenummer
Postnummer och postort	Försäkringsnummer
E-post	Telefon

Ersättning

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)

Pg Bg

Bankgironummer/plusgironummer

Vård

Namn på vårdenhet där skadan inträffade

Adress

Namn på person som utfört behandlingen

Datum då skadan inträffade (år, mån, dag)

Telefon

Beskriv skadehändelsen



F B H 2 0 1 3 1

Skadeanmälan

Behandlingskada

Har skadan föranlett besök hos läkare eller annan vårdgivare? Ange namn, adress och telefon

Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskador?

Ja Nej

Om ja, ange bolag och försäkringsnummer

Var ni sjukskriven vid skadetillfället?

Ja Nej

Om ja, ange from år, mån, dag, tom år, mån, dag

Har skadan föranlett sjukskrivning?

Ja Nej

Om ja, ange sjukhusets namn

Har ni haft kostnader till följd av skadan?

Ja Nej

Om ja, totalt i kr

Underskrift

Fullmakt för Moderna att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, riksförsäkringsverket samt andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömning av min rätt till ersättning. Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar. Jag medger att ovanstående handlingar får utlämnas till Moderna.

Ort och datum

Underskrift

Om skadeanmälan undertecknas av annan än den skadade, ange anledning

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företagsskador
Box 7830
103 98 Stockholm

Vid frågor kontakta:

foretagsskador@modernaforsakringar.se

Eller via e-post: foretagsskador@modernaforsakringar.se



F B H 2 0 1 3 1

Skadeanmälan

Behandlingskada

Vårdinrättningens exemplar - Försäkringstagare

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Skadenummer
Kontaktperson	Telefon
E-post	

Försäkringstagarens kontonummer

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)

Bg Pg

Bankgironummer/Plusgironummer

Orsak till vård då skadan inträffade

Var patienten sjukskriven vid skadetillfället?

Ja Nej

Var patienten intagen på sjukhus eller annan vårdenhet vid skadetillfället?

Ja Nej

Om ja, ange vårdenhet (sjukhus och adress)

Har behandling skett på remiss?

Ja Nej

Om ja, från vem?

Finns vårdavtal med den remitterande vårdenheten?

Ja Nej

Hur uppkom skadan?

Har skadan / skulle skadan ha föranlett sjukskrivning eller intagning på sjukhus?

Ja Nej

Om ja, fr o m



F B H 2 0 1 3 1

Skadeanmälan

Behandlingsskada

Utlåtande om patientens besvär, behandling o.d. Bifoga gärna journalutrag

Bestående men

Ja Nej Kan i nuläget inte bedömas

Underskrift

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande, v g texta

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företags- och Industriskador
FE 380
106 56 Stockholm

Eller via e-post: foretagsskador@modernaforsakringar.se



F B H 2 0 1 3 1