

Olycksfallsanmälan SPF Seniorernas Mötesförsäkring

Gruppavtal nr 7890

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning.
Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm inte underskrift.**
Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper. Glöm då inte att skriva ditt
personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

skandia

Ifylld blankett skickas till:

Din lokala SPF-förening, alternativt
annan arrangerande SPF-förening

1. Försäkringstagare

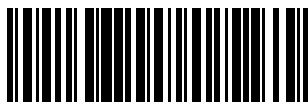
Efternamn, förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Telefonnummer (även riktnr)	Mejladress
Civilstånd	
<input type="checkbox"/> Ensamstående	<input type="checkbox"/> Gift/sambo/registrerad partner

2. Önskemål om utbetalningssätt

Jag vill att beloppet ska sättas in på konto	Clearingnummer	Kontonummer			
<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Personkonto	<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro		
Bankens namn	Bankens ort				

3. Uppgifter om olycksfallet

Vilket datum inträffade olycksfallet?	Under vilken aktivitet, anordnad av SPF Seniorerna, inträffade olycksfallet?		
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.			
Vilken kroppsskada blev följden av olycksfallet?			
När anlätades läkare? (ÅÅ-MM-DD)	Läkarens namn och adress		
Vilken läkare behandlar dig nu? (namn och adress)			
Har du vårdats på sjukhus? Vilket?	Fr.o.m (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m (ÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Nuvarande hälsotillstånd – är du helt återställd?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Har denna kroppsdels tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	På vilket sätt?	När? (ÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Läkarens namn och adress		När anlätades läkare? (ÅÅ-MM-DD)	
Har du annan olycksfallsförsäkring?	Bolag	Försäkringsnummer	Är skadan anmäld dit?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Fanns beviljad hemtjänst innan olycksfallet?		Antal timmar	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			



15496:14

15496:14

SID 1 (2)

Signatur

