

1. Uppgifter om patienten

Namn	Personnummer
Adress (gatuadress, postnummer, ort)	
Telefonnummer dagtid 1 (inkl riktnummer)	Telefonnummer dagtid 2 (inkl riktnummer)
E-postadress	Yrke/sysselsättning och arbetsgivare
Bank	Kontonummer inklusive clearingnummer

2. Vårdinrättning

Namn på det sjukhus/primärvård/tandvårdsklinik där behandlingen som orsakade skadan utfördes		Klinikens namn
Adress till ovanstående vårdinrättning		
Alla övriga vårdgivare som har uppsökts på grund av skadan. Ange alltid klinikens namn och adresser till vårdinrättningen.		
När utfördes behandlingen som orsakade skadan? År, mån, dag	Inlagd på sjukhus när skadan inträffade? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukhuskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.om – t.o.m _____

3. Försäkringsfrågor

När skadan inträffade gavs vård på grund av: <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> arbetsskada <input type="checkbox"/> annan orsak, ange vilken _____	
Har anmälan gjorts till trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag? _____	Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag? _____
Har anmälan gjorts till olycksfall för fritidsskada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag? _____	Har anmälan gjorts till annan försäkring, tex läkemedelsförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag? _____

4. Vilken skada anmäls?

5. Beskrivning av skadan

6. Underskrift

Riktighet av lämnade uppgifter intygas

Ort	Datum	Underskrift, försäkringstagare
		Namnförtydligande

Skadeanmälan ska skickas till Nordic Loss Adjusting, Box 1141, 171 22 Solna