

**Försäkrad**

Försäkringstagarens namn		Skadenr (Moderna Försäkringars notering)
Utdelningsadress		Försäkringsnr
Postnr och postort	Telefon	Organisationsnr

**Skadelidande**

Skadelidandes namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnr och postort	
E-post	Är skadelidande anställd hos försäkringstagaren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Telefon dagtid	
Utbetalning önskas till: <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto		Kontonummer - vid bankkonto ange även clearingnr	

**Olycksfall**

När inträffade olycksfallet?	år	mån	dag	kl	Var inträffade olycksfallet?
Hur gick olycksfallet till? Detaljerad beskrivning (Fortsätt på baksidan om detta utrymme ej räcker).					
Vilken kroppsskada uppkom?					
När anlätades läkare?		Vilken läkare (namn/adress/telefon)			
Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		I så fall när?	Vilken läkare anlätades då? (namn/adress)		
Har läkarbehandlingen avslutats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den / 20		Befaras invaliditet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Finns ytterligare annan olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Bolag		Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**OBS! Information beträffande läke-, rese- och tandskadekostnader vid olycksfall**

Försäkringen är en komplettering till samhällets skydd. Därför gäller följande:

**Läke- och resekostnader till och från läkare**

Vänd dig alltid i första hand till vårdgivaren (vårdcentral/sjukhus) med förfrågan om ersättning. Insänd därefter ersättningsbevis i original. Alla kostnader som inte ersätts av vårdgivaren skall styrkas med originalkvitton.

**Tandskadekostnader**

Barn och ungdomar har – t o m det kalenderår de fyller 19 år – rätt till gratis, regelbunden och fullständig tandvård hos folktandvården. Därför skall inte något tandläkarintyg sändas till Moderna Försäkringar. Markera endast på bilden vilka tänder som skadats för den händelse slutbehandling inte kan ske före 20 års ålder.

**Läkekostnader**

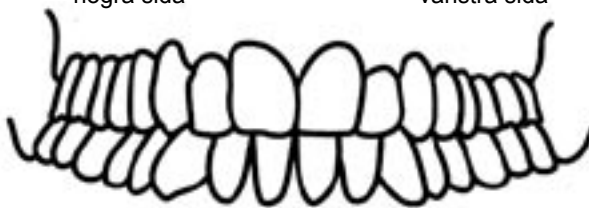
Datum	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassan	Återstående belopp

**Tandskada****Besvaras vid tandskada. OBS! Intyg från tandläkare skall inte sändas in vid ålder under 20 år.**

Kryssa själv för och markera på bilden de tänder som blivit skadade

Den skadades  
högra sidaDen skadades  
vänstra sida

- 
- Mjölktänder
- 
- 
- Permanenta tänder

**Kompletterande upplysningar****Underskrift skadelidande (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)**

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning samt den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat den försäkrade/mig får lämna Moderna Försäkringar alla för bedömande av ersättningskraven er forderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Ort och datum

Underskrift, skadelidande

Namnförtydligande, v g texta

**Underskrift försäkringstagare**

Ort och datum

Underskrift, Försäkringstagare

Namnförtydligande, v g texta