

Ifylld anmälan skickas till :

Balticfinance Danmark ApS
Postbox 302
6330 Padborg
Denmark

Fyll i anmälan så fort som möjligt.

Var snäll och skriv med stora bokstäver.

Var snäll och tillhandahåll full dokumentation för att undvika förseningar i handläggningen av din skadeanmälan

SKADEANMÄLAN FÖR OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

AVSNITT A. Uppgifter om den försäkrade

Namn	Personnummer dag månad år ____. ____ . _____
------	---

Adress

Försäkringsnummer

Försäkrades namn och adress

Läkarens namn och adress

AVSNITT B – Uppgifter angående olyckan

Ifylles av den försäkrade

Dag och tid	Plats
-------------	-------

Detaljerad beskrivning av olyckan

Vilka skador uppstod vid olyckan?

Försäkringstagares underskrift	Försäkrades underskrift (skadade)
Datum	Datum

AVSNITT C – LÄKARUTLÅTANDE

Detta avsnitt ifylles av en kvalificerad och legitimerad läkare . Alla kostnader i samband med införskaffande av denna information betalas av den försäkrade.

NOTERA: Om din skada inte behöver läkarbehandling, du bifogar ett läkarintyg eller en kopia av sjukhusjournalen kan ifyllandet av avsnitt C utlämnas.

Läkarens namn

Namn och adress på läkare som behandlat den skadade i samband med olyckan.

Datum då den försäkrade vände sig till sjukvården.

Jag intygar härmed att ovanstående försäkrade person

lider av följande skada/sjukdom med diagnosen

Har blivit temporärt oförmögen att arbeta sedan (Datum)

Denna okapacitet kommer troligtvis att kvarstå till (Datum)

eller

Denna skada har lett till följande permanent invaliditet.

Är denna skada relaterad till en tidigare skada eller sjukdom? Finns det något i den försäkrades medicinska historia som kan ha bidragit direkt eller indirekt till denna invaliditet? Om ja, var snäll och redogör i detalj för dessa.

Led den försäkrade av någon annan skada eller sjukdom som inträffat innan denna skada/sjukdom? Om ja, var snäll och redogör i detalj.

Var snäll och redogör i detalj för vilken typ av behandling som getts, är planerad och datum för behandlingarna.

Om skadan/sjukdomen kräver en period av vila, var snäll och redogör för en rekommenderad tid för vila och ett datum för när den försäkrade kan bli undersökt på nytt med utsikt att återgå i arbete.

Viloperiod

Datum för ytterligare undersökning

Är invaliditeten beroende av att skadan tillfogats av den försäkrade själv, konsumtion av alkohol, drogmissbruk, sexuellt överförd sjukdom eller HIV/AIDS? Om ja, redogör detaljerat.

Jag försäkrar att informationen lämnad här är sann och korrekt utifrån min kunskap och övertygelse.

Läkarens namn	Namnunderskrift läkare
Adress	Datum

AVSNITT D – TILLGÅNG TILL LÅKARJOURNAL – Läses och signeras av den försäkrade personen.

Som en del av din skademanmälan kan vi komma att behöva läkarutlåtande.

Jag ger mitt samtycke till att försäkringsgivaren får tillgång till all information från alla läkare som behandlat mig för en fysiskt eller mentalt skada som har ett samband med denna skadeanmälan.

Försäkrades underskrift	Datum
-------------------------	-------

Vill du ta del av journalerna innan de skickas till försäkringsbolaget?

Ersättning utbetalas till:

Bank:

Kontonummer:

Kontoinnehavarens namn:

IBAN:

SWIFT:

Nedanstående uppgifter ska skrivas under.

Jag/vi försäkrar att informationen lämnad här är sann och korrekt utifrån min kunskap och övertygelse. Jag/vi har inte undanhållit någon information i samband med denna skadeanmäla. Jag/vi samtycker till att förse försäkringsbolaget med ytterligare information om så behövs. Jag/vi är medvetna om att denna skadeanmälan inte automatiskt ger en ersättning.

Oriktigt lämnade uppgifter är en olaglig handling och rapporteras och lämnas vidare till berörd myndighet.

Försäkrades underskrift: _____ Datum: ____ / ____ / ____