

Skickas till balticfinance, Lejrvejen 4, Postboks 302, DK 6330 Padborg, Tel: +46 (0)852 500 202, fax: +45 70 25 01 09, E-mail:support@balticfinance.com

1.a) Försäkringstagarens namn och adress:

Försäkringsnummer:

Skadenummer:

b) Försäkringstagarens telefonnummer.

Den försäkrades (den skadades) telefonnummer.

2.a) Försäkrades för- och efternamn (den skadade)

b) Adress

c) Personnummer

d) Yrke/Sysselsättning

e) Villket företag var den försäkrade anställd i när olyckan hände?

3.a) När inträffade olyckan? (datum, tid och plats)

b) Arbets- eller fritidsolycka?

c) Detaljerad beskrivning av olyckan (kan ev. skrivas på separat bilaga)

d) Hade den skadade intagit alkohol 24 timmar innan olyckan?
(vad och hur mycket)

e) Har det tagits blodprov? (i så fall uppge promille)

nej

ja

promille

4.a) Är olyckan anmäld till den lagstadgade Arbetsskadeförsäkring?

b) Har polisrapport upptagits? (vilken station, protokollnummer)

c) Pågår det en brottsutredning?

(Akt nr och vilken åklagarmyndighet)

5.a) Finns det vittne/vittnen till olyckan?

b) Vem var den första som såg den skadade efter olyckan?

(om det inte fanns ögonvittnen)

c) Var det någon annan som vållade olyckan?

(i så fall vem, namn och adress)

<p>6.a) Villka skador eller andra men har den skadade fått vid olyckan?</p> <p>b) Har olyckan haft inflytande på arbetsförmågan? (på vilket sätt och hur länge)</p> <p>c) Förväntas det en varaktig nedsättning av arbetsförmågan? Hur är hälsoutsikterna? (Förbättring eller försämring)</p>		
<p>7.a) Var den skadade helt frisk och arbetsduglig innan olyckan? Om inte, ange skada eller sjukdom. (villka)</p> <p>b) Mottager eller mottog den skadade pension pga ett handikapp eller en sjukdom, som fanns innan olyckan? (i så fall varifrån)</p>		
<p>8.a) Hos vilken läkare blev den skadade först behandlad?</p> <p>b) Namn och adresser på alla läkare som har behandlat den skadade.</p> <p>c) Har den skadade varit inlagt på sjukhus i samband med olyckan? (i så fall hur länge, namn och adress till sjukhuset). Om ja, bifoga intyg på diagnos från sjukhuset.</p> <p>d) Är läkarbehandlingen avslutad, om inte, hur länge beräknas den att pågå?</p>		
<p>9.a) Har den skadade fler olycksfallsförsäkringar? (i så fall uppge namn, adress, försäkringsnummer och försäkringsnummer)</p> <p>b) Har den skadade tidigare fått ersättning för ett olycksfall? (i så fall när, hur mycket och från vilket bolag)</p> <p>c) Har den försäkrade någon gång fått avslag på en liv- eller olycksfallsförsäkringsansökan eller blivit uppsagd av ett försäkringsbolag?</p> <p>d) När inbetalades premien för denna försäkring senast?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p>	
<p>Ersättning utbetalas till (innehavaren av kontot): <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Bank: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Clearingnummer: <input style="width: 50%;" type="text"/> Kontonummer: <input style="width: 50%;" type="text"/></p>		
<p>Fullmakt</p> <p>Jag/vi är införstådda med att balticfinance, om nödvändigt, undersöker mina/våra hälsoupplysningar - detta gäller också för tidigare sjukdomar/olyckor samt tidigare, nu gällande och ansökt försäkring hos andra olycks- sjuk- eller livsförsäkringsbolag för värdering av den försäkringsmässiga risken för något av de försäkringsavtalen jag/vi har ansökt om. Härmed ger jag/vi er fullmakt att hos alla praktiserande läkare, Tandläkare, sjukhus och andra institutioner inom hälsovården, eller andra behandlare som har behandlat eller gett mig/oss råd under de senaste 10 åren, innan ansökan om försäkring hos balticfinance ägt rum. Dessa här uppräknade har rätt att ge ut alla nödvändiga upplysningar till balticfinance (också efter min/vår död). Detta gäller också för nuvarande eller tidigare försäkringsbolag. Fullmakten är giltig i upp till 5 år efter ansökan om försäkring hos balticfinance.</p> <p>Denna fullmakt ger jag också på mina barns och lagliga personers vägnar, som skall medförsäkras och som inte själva kan bedöma innebörden av detta dokument.</p> <p>Vi vill göra er speciellt uppmärksamma på att krav till försäkringsersättning kan bortfalla, om det med vilje ges falska eller ofullständiga upplysningar.</p>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>