



Skadeanmälan

Olycksfall

Sida 1 av 2

Skador hanteras av Nordic Loss Adjusting AB - NLA
Samtliga handlingar skickas till NLA:
Nordic Loss Adjusting AB
Box 1141
171 22 SOLNA
Tfn 08-411 11 60
Fax 08-411 11 66
Mail info@nlaab.com

Försäkrad

Försäkringstagarens namn		Skadenr (Försäkringsbolagets notering)
Utdelningsadress	E-post	Försäkringsnr B0755G5000023
Postnr och postort	Telefon	Personnummer

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 försäkringsbolaget. 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.

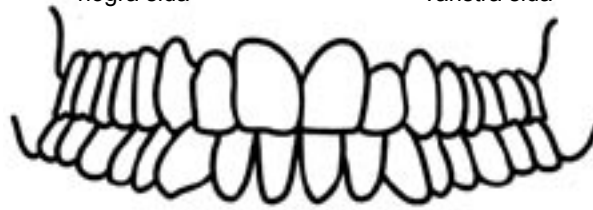
Kryssa själv för och markera på bilden de tänder som blivit skadade

Den skadades
högra sida

Den 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 försäkringsbolaget alla för bedömande av ersättningskraven erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Ort och datum

Underskrift, skadelidande

Namnförtydligande, v g texta

Underskrift försäkringstagare

Ort och datum

Underskrift, Försäkringstagare

Namnförtydligande, v g texta

Observera att olycksrapport skall fyllas i och skickas till kansliet.
Kopia av olycksrapport skall bifogas skadeanmälan.