

Skadeanmälan kundolycksfall

1 Försäringstagaren (ICA Handlaren)

Kundnummer (butiksnr)

Skadenummer (frivilligt)

Butiksnamn

Org.nummer

Utdelningsadress

Telefon/mobil

Postnummer

Postadress

E-post

2 Den skadade

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Adress

Postnummer och ort

Telefonnummer

E-post

3 När inträffade skadan?

Ange år, månad, dag och gärna tid på dygnet

4 Olycksfallet

Vilka skador har du fått till följd av skadan?

Beskriv kortfattat händelseförloppet

Sjukhus eller läkarmottagning, namn på läkare, samt telefon och adress



Är all behandling av skadan avslutad?

 Nej Ja

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för sjukdom eller skada?

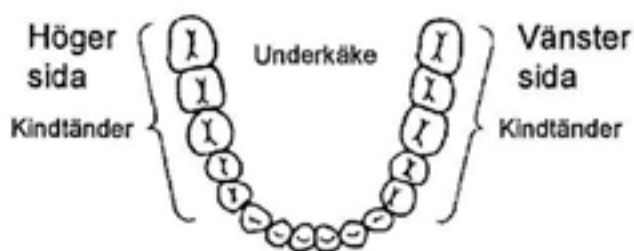
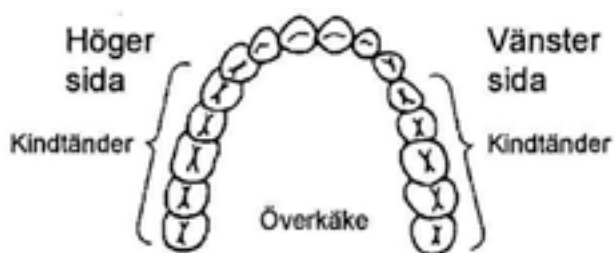
 Nej Ja

Om du varit inlagd på sjukhus - ange period

Om du varit sjukskriven - ange period

5 Vid tandskada, markera vilka tänder som blivit skadade

Skadan avser

 Mjölktänder Permanenta tänder

Ange här vilken tandläkare som har behandlat din skada samt tandläkarens kontaktuppgifter.

6 Kostnader

Här nedan kryssar du i det du för närvarande känner till om skadan och dina kostnader.

Fylls alltid i:

Kostnad för tandvård?

 Nej Ja

Finns det risk för bestående men?

 Nej Ja

Fylls endast i om du har separat olycksfallsförsäkring (ej som tillägg till hemförsäkring)

Kostnad för skadade kläder, skor, väska, klocka och glasögon?

 Nej Ja Summa:

Kostnad för sjukvård, transporter, läkemedels- och sjukvårdsprodukter?

 Nej Ja Summa:

Kostnad för rehabilitering och terapi?

 Nej Ja**7** Vart vill du att ICA Försäkring betalar eventuell ersättning?

Ersättning önskas till

 Plusgiro Bankgiro Bankkonto

Bank

Nummer (inkl. ev. clearingnr)

Tillhör kontot skadelidande?

 Nej Ja**8** Andra försäkringar

Finns andra försäkringar där olycksfall ingår?

 Nej Ja

Om ja, vilket bolag

Om ja, är skadan anmäld?

 Nej Ja**9** Korrekta uppgifter

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum