

Anmälan om skada Efterlevandeskydd+

Försäkringstagare	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

OM SKADAN AVSER NÅGON ANNAN ÄN FÖRSÄKRINGSTAGAREN:

Försäkringstagare	Personnummer
Telefon	E-post
Försäkringsnummer	

INFORMATION OM SJUKDOMEN:

När var första gången du blev medveten om sjukdomen?

Beskriv din diagnos för vilken du söker ersättning

Är detta första gången i livet du drabbats av denna typ av sjukdom? Om nej, vänligen precisera nedan.

JA NEJ

ERSÄTTNINGEN SKALL UTBETALAS TILL:

Bankens namn	Clearingnummer
Kontonummer	Kontoinnehavarens namn

Jag bekräftar att de uppgifter jag lämnat i denna anmälan är korrekta och att jag inte undanhåller någon information som är av betydelse för bedömningen av ärendet/fallet.

Underskrift	Datum
-------------	-------

IFYLLES AV BEHANDLANDE LÄKARE

Sedan vilket datum har du behandlat patienten?

Röker patienten? Om ja, vänligen precisera nedan.

JA NEJ

Patienten har rökt sedan?

Antal cigaretter patienten röker per dag?

Ange den exakta diagnosen av patientens neoplasi:

Är detta första gången patienten drabbats av denna sjukdom? Om nej, vänligen precisera nedan.

JA NEJ

Vilket datum uppkom de första symptomen som kunde sammankopplas med neoplasi?

Har patienten drabbats av andra sjukdomstillstånd som är relaterade till sjukdomen? Om ja, precisera diagnos och datum för dessa.

Vilken typ av behandling kommer att användas?

VÄNLIGEN ANGE NAMN OCH KONTAKTUPPGIFTER TILL PATIENTENS ONKOLOG ELLER ANNAN SPECIALISTLÄKARE SAMT BIFOGA EN KOPIA AV DE TESTRESULTAT SOM FASTSTÄLLER PATIENTENS DIAGNOS.

Specialistläkarens namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postort
Behandlande läkares namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postort

Läkares signatur	Läkares stämpel
------------------	-----------------

BIFOGA TILL SKADEANMÄLAN:

- Journaler från sjukhuset

SKADEANMÄLAN RETURNERAS TILL:

Crawford & Company AB
Box 6044
171 06 Solna
010-410 70 00
E-post: olycksfall@crawco.se