

Skadeanmälan

Botrygghetsförsäkring

Försäkringsnr

Försäkringstagare

Namn		Personnr
Adress		Postnr och ort
e-post		Telefon dagtid

Om skadan avser annan än försäkringstagaren

Namn	Personnr
------	----------

Utbetalningssätt

Ange konto för insättning av ersättningsbelopp (markera med X och fyll i kontonr)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Postgiro/personkonto	<input type="checkbox"/> Bankkonto
Clearingnr	Kontonr	ange bank och ort

Boendekostnad

- se "Månadshyra i villkor.

Hyreskostnad	kopia av hyresavi skall bifogas	Om bostadsrätt - bifoga: avgiftsavi, skuldebrev och låneavi
--------------	--	--

Om skadeanmälan avser **Olycksfall**

När inträffade olycksfallet? (datum)	Var inträffade olycksfallet?
--------------------------------------	------------------------------

Olycksfallet inträffade:

<input type="checkbox"/> på arbetet	<input type="checkbox"/> på väg till eller från arbetet	<input type="checkbox"/> På fritiden
-------------------------------------	---	--------------------------------------

Hur gick olycksfallet till?

Vilken kroppsskada/tandskada blev följden?	När anlätades läkare/tandläkare?
--	----------------------------------

Ange namn, adress och telefonnr till läkare och vårdinstans som du besökt för det inträffade.

Har du annan olycksfallsförsäkring?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är skadan anmäld dit?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Försäkringsbolag och försäkringsnr/skadenr
--

Är skadan anmäld som trafikskada?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
-----------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	-----

Om olycksfallet har lett till **Arbetsoförmåga**

Ange arbetstid per vecka	Bilagor som skall bifogas: <input type="checkbox"/> Intyg om sjukskrivningsperiod och sjukskrivningsgrad (läkarintyg) <input type="checkbox"/> intyg om sjukpenning från Försäkringskassan ("Meddelande om utbetalning") OBS! sjukskrivningsintyg samt intyg om sjukpenning skall skickas in varje månad.
1:a sjukdag från arbetet	

Fortsätt på nästa sida



Om olycksfallet har lett till **Vård- och merkostnader**

Originalkvitton skall bifogas

Datum	Utgiften avser: (läkarbesök, medicin, resor, etc)	Kostnad	Kvitto nr.

Om skadeanmälan avser **Dödsfall**

Datum för dödsfall	Bilagor som skall bifogas: <input type="checkbox"/> Dödsorsaksintyg eller, - Journalutdrag från sjukhus vid dödsfall på grund av sjukdom <input type="checkbox"/> "Dödsfallsintyg och släktutredning" från Skatteverket <input type="checkbox"/> Dödsattest , undertecknad av läkare
Dödsorsak	
<input type="checkbox"/> Sjukdom	
<input type="checkbox"/> Olycksfall	

Företrädare för dödsboet

Namn		Samhörighet med den avlidne
Adress		Postnr och ort
e-post		Telefon dagtid

Om skadeanmälan avser **Självriskeliminering**

Skadedatum	<input type="checkbox"/> Ersättningsbrev från hemförsäkringsbolag, där ersättning och självrisk framgår
Försäkringsbolag och försäkringsnr/skadenr	
Skadehändelse	

Underskrift och fullmakt

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Jag medger att arbetsgivare, allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdanstalt samt den eller de läkare som behandlar eller tidigare behandlat mig lämnar bolaget alla för bedömande av mina ersättningskrav erforderliga upplysningar.

Datum	Underskrift
	Namnförtydligande

Skicka skadeanmälan till:

Ikano Försäkring
Scheelevägen 19A
223 70 Lund

Telefon 046-286 30 00

www.botrygghet.se
skador@botrygghet.se