

Personuppgifter

Namn	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Personnummer
Postnummer och ort	Telefon dagtid (även riktnr)
Namn och adress till BVC/skola	

Uppgifter om sjukdomen

Vilken sjukdom har den försäkrade drabbats av?			
När upptäcktes - märktes de första symtomen på sjukdomen - och hur yttrade sig besvären?			
När anlätades läkaren första gången för sjukdomen?	Datum	Sjukhus/vårdcentral	Läkarens namn
Har den försäkrade varit inlagd på sjukhus?	Vilket sjukhus/avdelning?	Fr o m	T o m
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Pågår medicinsk behandling?	På vilket sätt?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Var behandlas den försäkrade?	Sjukhus/vårdcentral/avdelning etc	Läkarens namn	
Är den försäkrade återställd?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller söktes?	När söktes vårdbidraget?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Hur stort vårdbidrag beviljades?	För vilken tidsperiod?		
<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> Halvt <input type="checkbox"/> 1/4	Fr o m T o m		
Är barnet föräkrad även i annat bolag?	Försäkrings nr	Har sjukdom anmälts även dit?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hos		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Uppgift om läkekostnader Uppgifterna skall styrkas med originalverifikationer

Datum	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Kostnad	Ver.nr

Uppgifter för utbetalning

Namn	Utdelningsadress, postnr och postort		
<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank
<input type="checkbox"/> Personkonto/ postgiro/bankgiro	Kontonr	Utbetalningsavi	

Övriga upplysningar

Underskrift av vårdnadshavare (eller av den sjuke om han/hon är myndig)

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

Datum	Underskrift	Namnförtydligande (v.g texta)