

Vi hanterar din skada snabbt och smidigt

Mer information finns på www.vardia.se

Sid 1/2

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Uppgifter om den försäkringen står på

Namn

Personnummer - 10 siffror

Utdelningsadress

E-post

Postnummer & postort

Telefon dagtid

Mobil

Ersättning önskas till
Bankkonto

Clearingnummer

Kontonummer

Uppgifter om den som drabbats av olycksfallet

Namn

Personnummer

Folkbokförd hos försäkringstagaren

Ja

Nej

Uppgifter om olycksfallet

När inträffade olycksfallet datum, tid

Var inträffade olycksfallet

Vid tandskada

Hur många tänder skadades

Kostnad för behandling

Vid övrigt olycksfall

Inlagd på sjukhus i mer än 72 timmar

Ja Nej

Sjukskriven i minst 7 arbetsdagar

Ja Nej

Vård och behandling

Namn på vårdinsats

Adress till vårdinsats/läkare

Namn på behandlande läkare

Telefon till vårdinsats/läkare

Vi hanterar din skada snabbt och smidigt

Mer information finns på www.vardia.se

Sid 2/2

Beskriv hur olycksfallet inträffade

Beskriv hur olycksfallet gick till – Nödvändigt för att ärendet ska kunna behandlas! (om utrymmet inte räcker till, fortsätt då på ett annat papper)

Underskrift

Jag medger härmed att Vardia Försäkring AB har rätt att inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, polismyndighet, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning som rör den uppkomna skadan.

Med denna skadeanmälan garanterar du att samtliga lämnade uppgifter är sanningsenliga.

Ort och datum

Försäkringstagarens egenhändiga namnunderskrift

Skadeanmälan skickas till:Skador
Vardia Försäkring
FE 50361
832 82 Frösön**Bifoga följande med anmälan**

- Intyg om sjukskrivning i minst 7 arbetsdagar
- Intyg om sjukhusvistelse i minst 72 timmar
- Kvitton i original (**Obs endast vid tandskada**)