

Ifylld ansökan skickas med post till: Försäkringsutveckling AB, Box 38044, 100 64 Stockholm.

Eller scanna och skicka med e-post till: diabetesforbundet@fuab.com

Mina uppgifter	
Försäkringstagarens namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer dagtid:
Postnummer & ort:	E-postadress:
Eventuell ersättning betalas ut till (ange bank, clearing- & kontonummer):	
Har anmälan gjort till annat försäkringsbolag?	Kommer ersättning att erhållas från annan försäkring?

Skada	
När uppkom sjukdomen/när hände olyckan? ÅÅÅÅMMDD	1:a sjukdag ÅÅÅÅMMDD
Sjukdomens art/diagnos? Hur gick olyckan till?	
När och var anlätades läkare första gången? ÅÅÅÅMMDD, läkarens namn och adress	
Sjukdom, invaliditet eller nedsatt arbetsförmåga före det aktuella olycksfallet inträffade/sjukdomes uppkomst (om ja, ange vilken):	
Eventuell förtidspension, livränta fr.o.m. (om ja, bifoga en kopia av beslutet):	

Att bifoga skadeanmälan:

- Underlag för månatliga boendekostnader
- Läkarintyg innehållande:
 - sjukskrivningens orsak
 - datum för första sjukdagen
 - diagnos med medicinsk värdering
- Intyg om utbetald sjukpenning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning och fullständigt ifylld blankett från Försäkringskassan, en så kallad 037 blankett i bild.
- Övriga handlingar som kan vara av betydelse för bedömning av ärendet.

Ersättningsanspråk	
Ange vad du yrkar ersättning för:	Belopp:

Summa:

Övriga upplysningar:

Jag intygar att ovan lämnade uppgifter är korrekta och att jag inte har utelämnat någon information som kan ha betydelse för skadans bedömning. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) samt polismyndighet får lämna till försäkringsbolaget de uppgifter som bolaget anser sig behöva för att bedömma förmånstagarens ersättningsanspråk. Jag intygar att denna skadeanmälan har fyllts i av mig i sin helhet. Oriktigt intygande kan utgöra en straffbar handling.

Ort:	Namnteckning:
Datum:	Namnförtydligande: