

**1. Kontaktuppgifter**

För- och efternamn:		Personnummer:
Adress:		
Post.nr:	Postort:	Land:
Telefon.nr:	Mobil.nr:	
e-post:	Kort.nr:	

**2. Konto vid utbetalning av ersättning**

Kontoinnehavare:	Bank:
Clearing.nr:	Konto.nr:

**3. Skadehändelse**

Skadedatum:	Var inträffade skadan:
Beskriv skadehändelsen:	
Vid olycksfall, ange enligt diagnos:	
Läkarens namn alt. Sjukhus/vårdcentralens:	Telefon.nr:
Adress:	
Vilket datum anlätades läkare eller annan vårdgivare:	
Är händelsen anmäld till annat försäkringsbolag? Om ja, vilket:	Försäkrings.nr:
Kompletterande uppgifter:	
Om du haft kostnader i samband med olycksfallet, ange vilka och bifoga originalkvitton:	
Om resor med egen bil, ange sträcka och antal kilometer:	

**4. Underskrift**

*Jag försäkrar härmed att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna Söderberg& Partners de upplysningar om mitt hälsotillstånd om bolaget anser sig behöva för att bedöma mitt ersättningsanspråk. Vidare ger jag Söderberg& Partners full rådgighet över eventuellt outnyttjade biljetter i ärendet.*

Datum:	Underskrift:
--------	--------------