

Person- och försäkringsuppgifter	Försäkring (nummer)	Skadenummer
	Den försäkrades namn	Personnummer
	Näradress	Postnummer och postort
	Fullständigt kontonummer	Telefonnummer
	Försäkringstagarens namn	Skatteinnehållning
Uppgifter om olycksfallet	Datum då skadan inträffade	Tid på dygnet skadan inträffade
	Skadan inträffade (plats) <input type="checkbox"/> arbetet eller under arbetsresa <input type="checkbox"/> fritiden <input type="checkbox"/> i trafiken <input type="checkbox"/> under idrott	
	Skadans art och skadad kroppsdel	
	Noggrann redogörelse för hur olycksfallet inträffade (Om polisundersökning gjorts bör polis- eller länsmansdistriktets namn uppes)	
	Vad var den skadade sysselsatt med när olyckan inträffade	
	Läkare eller vårdinrättning som först anlätades	Datum för inledande vård
	Resekostnader och övriga meddelanden <input type="checkbox"/> Egen bil <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Taxi Antal km _____	
Fullmakt och underskrift	<p>Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdcentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig, samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga personuppgifter som berör mitt hälsotillstånd åt Förs. Ab Alandia för behandling av ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs, kan Förs. Ab Alandia överlåta detaljerade uppgifter, som berör mitt hälsotillstånd och min försäkring åt ovannämnda instanser.</p> <p>Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att de uppgifter jag givit i denna ansökan är riktiga</p> <p>Ort och datum _____ Den försäkrades eller vårdnadshavarens underskrift _____</p>	

Sök läkare genast då olycksfallet inträffat

För skaderegleringen bör kvitton och/eller sjukförsäkringens verifikat i original samt läkarutlåtande eller annan tillräcklig utredning över sjukdomen eller kroppsskadan sändas till bolaget.

ANSÖKAN OM ERSÄTTNING hos Folkpensionsanstaltens lokalbyrå / Arbetsplatskassan för sjukvårdskostnader

Denna ansökan bör ifyllas om Ni ej redan ansökt om ersättning för sjukvårdskostnaderna på basen av sjukförsäkringslagen.

Antalet bilagor ____ st.

Personuppgifter	Den försäkrades namn	Personnummer
	Näradress	Postnummer och postort
	Telefonnummer	
Uppgifter om ersättningen	Har kostnaderna uppkommit till följd av trafikskada, olycksfall i arbete eller yrkessjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ersättning skall betalas på Försäkrings AB Alandias konto <input checked="" type="checkbox"/> 660100-1084086
	Har den försäkrade fått ersättning för kostnaderna från annat håll? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Varifrån
	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga	
	Ort och datum _____	Den försäkrades eller vårdnadshavarens underskrift _____