

SKADEANMÄLAN (SKP)

Vårdförsäkring – ersättningsanspråk från försäkrad



Fylls i av den försäkrade (Uppgifterna är obligatoriska)

Dagens behandling / konsultation är:	Ny- besök	Ater- besök	PERSONNUMMER	AVTALSNUMMER
NAMN	ADRESS		POSTNR.	ORT
CLEARINGNR. + BANKKONTO	TELEFONNR. DAGTID	E-POSTADRESS	DATUM (ÅÅ/MM) När började besvären?	
BEHANDLARE	SPECIALITET			
	Läkare	▶		
	Sjukgymnast		Kiropraktor	Naprapat Röntgen /lab.
ADRESS	Psykolog/ psykoterapeut		Inläggning på sjukhus	Dagkirurgi
POSTNR.	ORT	Annan behandling	▶	VILKEN?
BIFOGA ORIGINALKVITTON OCH EVENTUELL REMISS/KALLELSE! ANGE ORSAKEN TILL BEHANDLINGEN / KONSULTATIONEN (DIAGNOS / SYMPTOM).			BEHANDLINGSDATUM	

Totalsumma
enligt kvitton



Har du tidigare undersökts
/behandlats för liknande
besvär?

Ja
Om Ja
Nei

DATUM (ÅÅ/MM)

VILKEN BEHANDLARE ANLITADE DU DÅ? (NAMN OCH ADRESS)

Underskrift (Obligatorisk)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

ORT

DATUM (ÅÅÅÅ/MM/DD)

NAMNTECKNING