

## Anmälan om skada Efterlevandeskydd +

FÖRSÄKRINGSTAGARE:	PERSONNUMMER:
ADRESS:	POSTNUMMER OCH ORT:
TELEFON:	E-POST:

### Om skadan avser någon annan än försäkringstagaren:

NAMN:	PERSONNUMMER:
TELEFON:	E-POST:
FÖRSÄKRINGSNUMMER:	

### Information om sjukdomen:

NÄR VAR FÖRSTA GÅNGEN DU BLEV MEDVETEN OM SJUKDOMEN?

BESKRIV DIN DIAGNOS FÖR VILKEN DU SÖKER ERSÄTTNING:

ÄR DETTA FÖRSTA GÅNGEN I LIVET DU DRABBATS AV DENNA TYP AV SJUKDOM? OM NEJ, VÄNLIGEN PRECISERA NEDAN.

JA  NEJ

### Ersättningen skall utbetalas till:

BANKENS NAMN:	CLEARINGNUMMER:
KONTONUMMER:	KONTOINNEHAVARENS NAMN:

Jag bekräftar att de uppgifter jag lämnat i denna anmälan är korrekta och att jag inte undanhåller någon information som är av betydelse för bedömningen av ärendet/fallet.

UNDERSKRIFT:	DATUM:
--------------	--------

## Ifylles av behandlande läkare

SEDAN VILKET DATUM HAR DU BEHANDLAT PATIENTEN?	
RÖKER PATIENTEN? OM JA, VÄNLIGEN PRECISERA NEDAN. JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
PATIENTEN HAR RÖKT SEDAN?	ANTAL CIGARETTER PATIENTEN RÖKER PER DAG?
ANGE DEN EXAKTA DIAGNOSEN AV PATIENTENS NEOPLASI:	
ÄR DETTA FÖRSTA GÅNGEN PATIENTEN DRABBATS AV DENNA SJUKDOM? OM NEJ, VÄNLIGEN PRECISERA NEDAN. JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
VILKET DATUM UPPKOM DE FÖRSTA SYMPTOMEN SOM KUNDE SAMMANKOPPLAS MED NEOPLASI?	
HAR PATIENTEN DRABBATS AV ANDRA SJUKDOMSTILLSTÅND SOM ÄR DIREKT RELATERADE TILL SJUKDOMEN? OM JA, PRECISERA DIAGNOS OCH DATUM FÖR DESSA.	
VILKEN TYP AV BEHANDLING KOMMER ATT ANVÄNDAS?	

Vänligen ange namn och kontaktuppgifter till patientens onkolog eller annan specialistläkare samt bifoga en kopia av de testresultat som fastställer patientens diagnos.

SPECIALISTLÄKARENS NAMN:	TELEFONNUMMER:
ADRESS:	POSTNUMMER & POSTORT:
BEHANDLANDE LÄKARES NAMN:	TELEFON:
ADRESS:	POSTNUMMER & POSTORT:

LÄKARES SIGNATUR:	LÄKARES STÄMPEL:
-------------------	------------------

**Bifoga till skadeanmälan:**

- Journaler från sjukhuset

**Skadeanmälan returneras till:**

Crawford & Company AB

Box 6044

171 06 Solna

010-410 70 00

E-post: olycksfall@crawco.se

**SAMTYCKE FÖR INSAMLING AV MATERIAL I SKADEHANTERINGSSYFTE**

Jag samtycker till att AmTrust Europe, AmTrust International eller de företag som AmTrust Europe eller AmTrust International eventuellt anlitar för skadereglering inhämtar och behandlar de uppgifter om mitt hälsotillstånd som behövs för att kunna bedöma mina anspråk till försäkringsersättning. Mitt samtycke gäller bara under regleringen av försäkringsfallet och det kommer endast att användas för att utreda förutsättningarna för att en skada föreligger enligt villkoren och att den är ersättningsgill.

Samtycket innebär att AmTrust Europe, AmTrust International eller de företag som AmTrust Europe eller AmTrust International anlitar för skadereglering inhämtar uppgifter från arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt och myndighet som behövs för att kunna bedöma vad som orsakat skadan och för att kunna reglera försäkringsfallet. De uppgifter som kan bli aktuella är främst upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m.

UNDERSKRIFT:	DATUM OCH ORT
NAMNFÖRTYDLIGANDE:	

**Samtycket returneras till:**

Crawford &amp; Company AB

Box 6044

171 06 Solna

010-410 70 00

E-post: olycksfall@crawco.se