

Olycksfall Sjukdom

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn	Personbeteckning
Adress	
E-postadress	Tel./mobil
Ersättningsmottagare	
Bank	Iban

DEN FÖRSÄKRADE

Namn	Personbeteckning
Adress	

OLYCKSFALL

Olycksfallet inträffade (DDMMÅÅÅÅ)	<input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/> Trafik <input type="checkbox"/> Träning/Tävling
Olycksfallet inträffade (plats)	
Skadad kroppsdel	
Skadans art och uppkomst	
Har skadad kroppsdel varit utsatt för skada/sjukdom tidigare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon sjukdom som påverkat olycksfallet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hade du intagit alkohol, narkotika, läkemedel vid olyckstillfället?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

SJUKDOM

Sjukdomens namn	
När uppstod första symptomen, och hur yttrar de sig?	
Har orsaken till sjukdomen samband med:	<input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Trafik <input type="checkbox"/> Träning/Tävling
Har du tidigare lidit av samma/liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

ERSÄTTNINGSAKPRÅK

Samtliga punkter på ansökan bör noggrant ifyllas.

Sjukvårdskostnader

Ersättning för sjukvårdskostnader utbetalas i första hand enligt sjukförsäkringslagen.

Ersättningen bör först sökas från **Folkpensionsanstaltens lokalbyrå** (FPA) och därefter från Ömsen.

Vid ansökan om ersättning bifogas:

- FPA:s verifikat och kopior av kvitton som hänför sig till verifikatet.
- för medicinkostnader receptet eller kopia därav samt apotekskvittot.

Sjukhusvård

Vid ansökan om ersättning för sjukhusvård bifogas betalningskvitto samt sjukhusräkningen eller kopia därav.

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsövård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig/mitt barn, samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga uppgifter som berör mitt/mitt barns hälsotillstånd till Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag för behandling av denna skadeanmälan och eventuella ersättningsärenden.

Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att de uppgifter jag uppgett är riktiga.

Ort och datum

Försäkringstagares namnteckning