



→ **FAKTURA** Fylls i av vårdgivaren - ALLA uppgifter är obligatoriska

Vårdgivarens namn, företagsnamn, samt adress och telefonnr.	Skadenr. <input type="text"/>
---	--------------------------------------

Patientens för- och efternamn	Patientens personnr.
-------------------------------	----------------------

ICD-10 kod	Diagnos/symptom
------------	-----------------

Datum för vårdbesöket - År/Mån/Dag	Vård/behandling är avslutad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
------------------------------------	--

Läkare - Journalkopia ska bifogas
Specialitet:

Övrig behandling (kryssa för utförd behandling) - Journalkopia ska bifogas
 Sjukgymnast Naprapat Kiropraktor Psykolog Antal behandlingar:

Innehar F-skattsedel <input type="checkbox"/>	Bankgironr./PlusGironr.
---	-------------------------

Fakturadatum	Fakturanr.	Faktura sänds separat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fakturabelopp	kr
--------------	------------	--	---------------	----

Underskrift av VÅRDGIVAREN

Vårdgivarens namnteckning	
Fax (inkl. riktnr.)	E-mail

→ **SKADEANMÄLAN** Fylls i av den försäkrade - ALLA uppgifter är obligatoriska

Orsak till vårdbesöket? (Diagnos/symptom)

Dagens besök avser <input type="checkbox"/> Återbesök <input type="checkbox"/> Nybesök	Vid nybesök: När började besvären/inträffade olycksfallet? - År/Mån/Dag
--	---

Vid nybesök: Har du tidigare undersökts/behandlats för samma eller liknande besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja,	Ange vilket år, vårdgivarens namn, mottagning samt ort
---	--

Anmälan avser, för- och efternamn	Personnr.
-----------------------------------	-----------

Adress	Postnr.	Ort
--------	---------	-----

Telefonnr. dagtid (inkl. riktnr.)

Om värden avser medförsäkrat barn : ange försäkrad förälders namn och personnr.

Har du haft en sjukvårdsförsäkring i annat bolag i anslutning till denna försäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja,	Ange vilket bolag
--	-------------------

Underskrift av FÖRSÄKRAD (Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdinrättning eller försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan myndighet får lämna de upplysningar, journaler, register, handlingar, intyg m.m. som Cardif Försäkring AB behöver för att bedöma mina ersättningsanspråk. Jag är medveten om att Cardif Försäkring AB och samarbetspartners behandlar Mina personuppgifter vid skaderegleringen.

Namnteckning	Datum - (År/Mån/Dag)	Ort
--------------	----------------------	-----

Försäkringsgivare är Cardif Försäkring AB