

## Skadeanmälan Sjuk- & Olycksfallsförsäkring Barn

### 1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/ Föreningens namn

Avtalsnr./Gruppavtalsnamn/Gruppföreträdare

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Organisationsnummer

### 2. Uppgifter om gruppmedlem och försäkrat barn

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Försäkrat barns förnamn och efternamn

Personnummer

Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen?

Ja

Nej

Om Nej, ange vem som är barnets biologiska förälder

Förnamn och efternamn

Personnummer

### 3. Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet (datum)?

Klockslag?

Olycksfallet inträffade

I skolan

På fritiden

På väg till/från skola/fritidshem/daghem

I arbetet eller på väg till/från arbetet

Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till (ange även ort, plats samt övriga omständigheter)

---

Vilken kroppskada har olycksfallet medfört?

---

När anlätades läkare (datum)?

Vårdcentralen/sjukhuset/klinikens namn och ort

---

Vem sköter barnet nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

---

Har barnet varit inlagt på sjukhus?

Om Ja, vilket

Fr o m

T o m

Ja

Nej

---

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Om Ja, när (datum) och på vilket sätt?

Ja

Nej

---

Anlätades läkare då?

Om Ja, ange vårdcentralen/sjukhusets/klinikens namn och ort

Ja

Nej

---

Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc)?

Ja

Nej

---

Är barnets behandling avslutad?

Om Ja, sedan när (datum)?

Ja

Nej

#### 4. Besvaras vid tandskada (intyg från tandläkare behövs inte för bedömning)

Kryssa för och markera vilka tänder som blivit skadade

Mjölktänder

Permanent tänder

Höger sida (Överkäke) Vänster sida

Höger sida (Underkäke) Vänster sida



#### 5. Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn (diagnos)?

---

När märktes den första symtomen (datum)?

---

När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom (datum)?

---

Läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

---

---

Har barnet varit inlagt på sjukhus?	Om Ja, vilket	Fr o m	T o m
Ja	Nej		

---

Vilken barnavårdcentral tillhör/tillhörde barnet?

---

Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?

Om Ja, när (datum)?

Ja Nej

---

Anlitades läkare då?

Om Ja, ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

Ja Nej

---

Vem sköter barnet nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

---

Har barnet fått någon medicinsk behandling?

Om Ja, ange vilken/vilka?

Ja Nej

---

Hur är barnets nuvarande tillstånd?

Om Återställd, sedan när (datum)?

Ej återställd Återställd

---

Vilken försäkringskassa tillhör ni/barnet?

---

Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?

Om Ja, när söktes vårdbidraget (datum)?

Ja Nej

---

Om Ja på ovan, hur stort vårdbidrag beviljades?

För vilken tidsperiod?

Fr o m

T o m

Helt Halvt Kvarts

---

Är barnet adopterat?

Om "Ja" när kom barnet till Sverige (år)?

Från vilket land?

Ja Nej

---

## 6. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

Finns försäkring i annat försäkringsbolag?

Om Ja, vilket försäkringsbolag och försäkringsnummer?

Ja Nej

---

Har skadan anmälts dit?

Ja Nej

---

## 7. Ersättningsanspråk - Specifikation av anspråk

Vänligen specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning

	Summa:	kr
	Summa:	kr
	Summa:	kr
	Summa:	kr
	Total summa:	kr

## 8. Viktig information gällande ersättningsanspråk

Utgifterna ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet. Närmare information finns hos er vårdgivare.

## 9. Underskrift (om anmälan avser omyndigt barn lämnar vårdnadshavaren sin underskrift)

- Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Vidare medger jag att de uppgifter som lämnats om mitt/barnets hälsotillstånd, personuppgifter samt riskbedömning- och skaderegleringsresultat får registreras i bolagets dataregister.

Ort	Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Barnets personnummer		Vårdnadshavarens personnummer	

## 10. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivarens koncern, samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål.

Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU- och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringsbolaget har rätt att registrera anmälda skador med anledning av detta försäkringsavtal i ett skadeanmälningsregister som är gemensamt för försäkringsbranschen.