

## Skadeanmälan Sjuk- & Olycksfallsförsäkring Vuxen

### 1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/ Föreningens namn

Avtalsnr./Gruppavtalsnamn/Gruppföreträdare

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Organisationsnummer

### 2. Anmälan avser

Gruppmedlem

Medförsäkrad

(obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad) Personnummer

### 3. Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet (datum)?

Klockslag

Olycksfallet inträffade

I arbetet

På fritiden

På väg till/från arbetet

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

---

Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?

---

När anlätades läkare (datum)?

Vårdcentralen/sjukhuset/klinikens namn och ort

---

Vem behandlar dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

---

Har du varit inlagd 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

---

Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?

Om Ja, är dessa besvär anmälda som arbetsskada?

Ja

Nej

---

Har du varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)

100 %

Fr o m

T o m

75 %

Fr o m

T o m

50 %

Fr o m

T o m

25 %

Fr o m

T o m

---

Är du fullt arbetsför nu?

Om Ja, sedan när (datum)?

Ja

Nej

---

Ange din månadslön i kr vid insjuknandedagen?

---

Är du återställd/friskförklarad?

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

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 du varit inlagd på sjukhus?

Om Ja, vilket

Fr o m

T o m

Ja

Nej

---

Vilken vårdcentral tillhör/tillhörde du?

---

Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?

Om Ja, när (datum)?

Ja

Nej

---

Anlätades läkare då?

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

Ja

Nej

---

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

---

Har du fått någon medicinsk behandling?

Om Ja, ange vilken/vilka?

Ja

Nej

---

Hur är ditt nuvarande tillstånd?

Om Återställd, sedan när (datum)?

Ej återställd

Återställd

---

Vilken försäkringskassa tillhör du?

---

## 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 av försäkrad/skadelidande

- Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Vidare medger jag att de uppgifter som lämnats om mitt hälsotillstånd, personuppgifter samt riskbedömning- och skaderegleringsresultat får registreras i bolagets dataregister.
- Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.
- Jag är medveten om att ersättning som utbetalas till mig från olycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande)

Ort Datum Underskrift Namnförtydligande Personnummer

## 11. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 9 2016/679).

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivaren koncernen, 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 sättningsbranschen.