

Anmälan om olycksfall

Gruppförsäkring

skandia:

Blanketten sänds till:
Skandia
Dokumenthantering, R802
106 37 Stockholm
Tfn: 020-55 55 00

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm ej underskrift.** Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper. Glöm då inte att skriva ditt personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

1. Avtalsuppgifter

Arbetsgivarens/förbundets/föreningens namn	Gruppavtal nr
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
E-postadress	Telefon (även riktnummer)

2. Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (ifylls alltid)	Civilstånd <input type="checkbox"/> Ensamstående	Gift/sambo/ registrerad partner <input type="checkbox"/>	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn		
Telefon arbetet (även riktnummer)	Telefon bostaden (även riktnummer)	E-postadress	

3. Medförsäkrad

Medförsäkrads namn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer
--	--------------

4. Önskemål om utbetalningssätt

Jag vill att beloppet ska sättas in på konto <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro	Clearingnummer	Kontonummer
Bankens namn	Kontoinnehavare	

5. Uppgifter om olycksfallet

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritid	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Klockslag
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter		

fortsättning nästa sida



1351:4

1351:4

SID 1 (3)

Signatur

Forts. Uppgifter om olycksfallet

Vilken kroppsskada blev följden?			
När anlätades läkare? (ÅÅ-MM-DD)		Läkarens namn och adress	
- -			
Vilken läkare behandlar dig nu? Läkarens namn och adress			
Har du varit inlagd på sjukhus?		Vilket sjukhus?	Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		- -	- -
Har olycksfallet föranlett nedsatt arbetsförmåga/sjukskrivning? Kopia av sjukskrivningsintyget ska alltid bifogas (vid sjukskrivning längre tid än 30 dagar)			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
		Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Hel		- -	- -
<input type="checkbox"/> 3/4		Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> 1/4		- -	- -
<input type="checkbox"/> Halv		Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> 1/4		- -	- -
Nuvarande hälsotillstånd. Är du helt återställd?		Är du fullt arbetsför?	Om ja, fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	- -
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada/sjukdom eller har du i övrigt haft symtom (t.ex. ömhet, värk, stelhet) från den?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Vilka besvär?			När? (ÅÅ-MM-DD)
			- -
Anlätades läkare/tandläkare då?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om ja, ange vårdgivarens namn och adress			
Har du annan olycksfallsförsäkring?		Bolag	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Är skadan anmäld dit?	Har du fått ersättning därifrån?	Om ja, vilken ersättning och från vilket bolag?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

6. Uppgifter om kostnader OBS! Uppgifterna ska styrkas med originalverifikationer, alt. intyg från vårdgivaren om utbetald ersättning (om utrymme nedan ej räcker till går det bra att komplettera på separat bilaga).

Datum för behandling (ÅÅ-MM-DD)	Uppgiftens art (läkararvoden, medicin resor etc.)	Total kostnad	Ersatt av vårdgivare	Återstående belopp	Ver. nr
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					

Signatur

7. Underskrift av försäkrad

<ul style="list-style-type: none">- Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.- Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl. allmän Försäkringskassa) får lämna försäkringsbolaget de upplysningar om mitt nuvarande och framtida hälsotillstånd som Skandia anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.- Jag förbinder mig att underrätta Skandia om olycksfallsskadan anmänts till Försäkringskassan, AFA eller motsvarande.- Vidare är jag medveten om att ersättning som utbetalats till mig genom gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA eller motsvarande).		
Ort	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)		
-		

8. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av gruppföreträdaren (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.			
Anställningsdatum (ÅÅ-MM-DD)	Anslutningsdatum (ÅÅ-MM-DD)	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ansluten till sjukförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad	<input type="checkbox"/> Ej ansluten till olycksfall	<input type="checkbox"/> Fritid (Goff)	Sveda och värk ingår? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg medicinsk invaliditet	Invaliditetskapital	<input type="checkbox"/> Heltid (Goff)	Invaliditetskapital
<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg – heltid	Invaliditetskapital	<input type="checkbox"/> Heltid	Invaliditetskapital
Datum (ÅÅ-MM-DD)	Gruppföreträdarens namnteckning	Namnförtydligande	Telefon (även riktnr)
-			