

Anmälan om skada

Olycksfall, sjukdomsfall (Försäkrad som fyllt 18 år)

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.**

1. Ifylls alltid

a Försäkringsnummer		
Försäkrad, Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
b Yrke eller sysselsättning vid olycksfallet eller vid sjukdomsfallets början		
c <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Ej yrkesverksam <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning eller sjukersättning		
Yrkesverksamhet		
<input type="checkbox"/> Statlig tjänst <input type="checkbox"/> Kommunal- eller landstingstjänst <input type="checkbox"/> Privat tjänst, ej delägare* <input type="checkbox"/> Privat tjänst, delägare*		
<input type="checkbox"/> Enskild firma <input type="checkbox"/> Delägare i handelsbolag/kommanditbolag <input type="checkbox"/> Jord- eller skogsbrukare		
Arbetsgivarens eller den egna firmans namn		
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Telefon (även riktnummer)
Vilken försäkringskassa tillhör du?		
d När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada eller sjukdom?		Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
e Läkarens namn och ort samt sjukhusets och klinikens namn och ort		
Behandlande läkare		
f Sjukhusets och klinikens namn och ort		
Har du varit intagen på sjukhus för vård av nu anmäld skada eller sjukdom?		
g <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vilket sjukhus?		
Har skadan eller sjukdomen föranlett arbetsförmåga?		Fr. o. m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
h <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – Bifoga alltid kopia av läkarintyg avsedda för FK		
Din nuvarande arbetsförmåga		
i <input type="checkbox"/> Helt arbetsför <input type="checkbox"/> Delvis arbetsför <input type="checkbox"/> Inte arbetsför		
Har du andra sjuk- eller olycksfallsförsäkringar? (inkl. grupp-försäkringar)		
j <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vilket bolag och vilka försäkringsnummer?		
Har du tidigare fått ersättning för sjukdom eller olycksfall?		
k <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
När och av vilka bolag?		

*) Som delägare räknas den som är anställd i aktiebolag där han/hon ensam eller sammanräknad med annan aktieägare, som är make, sambo, förälder eller barn till honom/henne äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget.



PL-7069:24

PL-7069:24

SID 1 (4)

Signatur

2. Ifylls alltid vid sjukförsäkring, barn- och ungdomsförsäkring och premiefrielse för försäkring

Har du under de senaste 12 månaderna före nu anmäld sjukperiod varit arbetsförmögen mer än 14 dagar i följd?*		Fr. o. m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
a	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – Bifoga alltid kopia av läkarintyg avsedda för FK	- -
Din årliga bruttoinkomst av förvärvsarbete (i kronor)		
b	Är du ITP- eller AGS-försäkrad? (ITP = tilläggspension för tjänstemän, AGS = avtalsgruppsjukförsäkring för arbetare)	
c	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ITP <input type="checkbox"/> Ja, AGS	

*) Detta med hänsyn till ev. karenstidsförkortning

3. Ifylls vid sjukdomsfall

a	Sjukdomens namn	
b	När märktes de första symtomen?	
c	Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?	När?
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Anlitades läkare då?	
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn och ort)?	

4. Ifylls vid olycksfall

a	Information om läke-, rese och tandskadekostnader vid olycksfall (Avser endast olycksfallsförsäkring och barn- och ungdomsförsäkring). Försäkringen är en komplettering till samhällets skydd. Därför gäller: Läke- och resekostnader Kostnader som ersätts av försäkringskassan ska tas ut hos denna – vid fysiskt handikapp även resekostnader till och från arbetet.	tet. Insänd därför försäkringskassans ersättningsbevis i original. Övriga eventuella ersättningsbara kostnader ska styrkas med originalverifikationer. Tandskadekostnader Vid tandskada ska tandläkare på särskild blankett lämna uppgift om tandstatus, erforderlig behandling och beräknat arvode.
b	När inträffade olycksfallet?	ÅÅÅÅ, MM, DD - - Klockan
	<input type="checkbox"/> I skolan eller på arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från skolan eller arbetet <input type="checkbox"/> På fritid	
c	Platsen för olycksfallet, t.ex. adress, lokal, ort	
d	Hur gick olycksfallet till? Detaljerad beskrivning	
e	Vilka kroppsskador (samtliga) blev följden?	
f	Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för olycksfall eller sjukdom eller har du i övrigt haft symtom (t.ex. ömhet, värk, stelhet) från den?	
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Sedan när?	Anlitades läkare eller tandläkare då?
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn och ort)?	

5. Utbetalningssätt

Vi föreslår att beloppet sätts in på ett Allt i Ett-konto i SkandiaBanken. Om du inte redan har ett sådant konto kan du kontakta Skandiabanken på telefon 020-55 55 00. Om du ringer från utlandet är telefonnumret: +46-771 456 258.			
Jag vill att beloppet ska sättas in på konto		Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Personkonto	<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro
Bankens namn		Bankens ort	

6. Övriga upplysningar

7. Underskrift av försäkrad

<p>Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att Skandia, för bedömning av sin ansvarighet, hos läkare och annan vårdpersonal, sjukhus och annan vårdinrättning, försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare inhämtar de upplysningar som Skandia finner erforderliga. Mitt medgivande innefattar även rätt för Skandia att ta del av journaler, läkarintyg och övriga handlingar samt upplysningar avseende mina hälso-, sjukskrivnings- och inkomstförhållan-</p>	<p>den. Jag medger att sådana handlingar och upplysningar får lämnas till Skandia. Jag medger även att Skandia äger rätt till att i ett för branschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmäld skada. Se information nedan.</p> <p>Behandling av inhämtade uppgifter För att kunna ta ställning till ersättningsanspråket kommer Skandia vidta nödvändig behandling (se information nedan) av de personuppgifter som inhämtas med stöd av denna fullmakt.</p>
Namn (var god texta)	Personnummer
Utdelningsadress	
Postnummer och ortnamn	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Namnteckning

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som lämnas till Livförsäkringsaktiebolaget Skandia (publ), som är personuppgiftsansvarig, kommer att behandlas av bolaget och de andra bolagen i Skandiakoncernen för att bolagen ska kunna fullgöra ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar.

Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Vidare kan uppgifterna komma att användas för att informera om Skandiakoncernens tjänster och produkter. Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till bolag i Skandiakoncernen såväl inom som utom EU- och EES-området.

Skandiakoncernen kommer vid behandling av personuppgifter att iaktta stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Uppgifterna kommer endast att göras tillgängliga för personer som oundgängligen behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete för Skandiakoncernens räkning. Dessa personer kommer endast att få tillgång till uppgifterna i den utsträckning som behövs för att de ska kunna göra sitt arbete.

Enligt personuppgiftslagen (1998:204) har varje registrerad rätt att få information om och rättelse av de personuppgifter som registrerats. Ansökan ska därvid ställas till Livförsäkringsaktiebolaget Skandia, 103 50 Stockholm. Märk kuvertet "Information om personuppgifter".

Skaderegistrering

För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig bolaget av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Registret används endast i samband med skadereglering. Personuppgiftsansvarig för GSR är Försäkringsförbundet.*

När en skada anmäls till bolaget, anmäls denna (skadetyper, skadedatum, skadenummer, handläggare, försäkringsbolag, organisations- eller personnummer) även för registrering i GSR. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag.

* Box 24043, 104 50 Stockholm.