

Anmälan sänds till:

Sedgwick Sweden AB**Box 1141****171 22 SOLNA**Eller via e-post: personskador@se.sedgwick.com



1. Grunduppgifter om gruppmedlem och försäkrat barn

Gruppmedlems För- & Efternamn	Avtalsnummer/Gruppvavtalsnamn/Gruppföreträdare
Utdelningsadress(ange gatuadress, post.nr & postort)	Personnummer
E-post	Telefonnummer (även riktnummer)
Försäkrat barns för- & efternamn	Personnummer försäkrat barn
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej, ange vem som är barnets biologiska förälder

2. Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet (datum)?	Klockslag?
Olycksfallet inträffade <input type="checkbox"/> I skolan <input type="checkbox"/> På Fritiden <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/fritidshem/daghem <input type="checkbox"/> I arbete eller på väg till/från arbete	
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 behandlar barnet nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?	
Har barnet varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja vilket? Fr o m T o m
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när (datum) och på vilket sätt?
Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange vårdcentralen/sjukhusets/klinikens namn och ort
Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beror Dina besvär på skadlig inverkan i arbetet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, är dessa besvär anmälda som arbetsskada?
Har du varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Är barnet återställd/friskförklarad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, sedan när (datum)?

3. Besvaras vid tandskada (intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning)

Kryssa för och markera vilka tänder som blivit skadade	
Höger sida (Överkäke) Vänster sida	Höger sida (Underkäke) Vänster sida
	

4. Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn (diagnos)?	
När märktes de första symtomen (datum)?	
När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom (datum)?	Vårdcentralen/sjukhuset/klinikens namn och ort
Har barnet varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja vilket? Fr o m T o m
Har barnet tidigare lidit av likande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när (datum)?
Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange vårdcentralen/sjukhusets/klinikens namn och ort
Vem behandlar barnet nu (vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort)?	
Har barnet fått någon medicinsk behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilken/vilka?
Hu är barnets nuvarande tillstånd? <input type="checkbox"/> Ej återställd <input type="checkbox"/> Återställd	Om Återställd, sedan när (datum)?
Har vårdbidrag/omvårdnadsbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när söktes vårdbidrag/omvårdnadsbidrag (datum)?
Hur stort vårdbidrag/omvårdnadsbidrag beviljades? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	För vilken tidsperiod – Fr o m T o m
Är barnet ett adoptivbarn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när kom barnet till Sverige (År)? Ifrån vilket land?
Vilken barnvårdscentral eller skolhälsovård tillhör/tillhörde barnet?	
Är barnet återställd/friskförklarad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, sedan när?

5. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket bolag och försäkringsnummer?
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

6. Ersättningsanspråk

Var vänlig och specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning	
Specifikation av anspråk:	
1. _____	Summa: _____
2. _____	Summa: _____
3. _____	Summa: _____
4. _____	Summa: _____
Total Summa: _____	

7. 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.

8. 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 anmäls 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 och datum	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande

9. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 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 försäkringsbranschen.