

# Skadeanmälan

Olycksfallsförsäkring Trafik



## Personuppgifter

Namn:	
Adress:	
Telefon:	Kundnummer:
Email:	Personnummer:

## Bankuppgifter

Bank:	Kontoinnehavare:
Clearingnummer:	Kontonummer:

## Uppgifter om trafikolycka

Datum:	Klockslag:
--------	------------

Beskriv så utförligt som möjligt hur olyckan gick till (inkl. ort, plats, övriga omständigheter etc):

Vilken kroppsskada har olyckan medfört?

När uppsöktes läkare? (datum):

Vårcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort:

Vem behandlar dig nu? ange läkarens namn, sjukhusets/klinikens namn och ort:

Har du fått en remiss, som avser skada från olyckan, av behandlande läkare?

Ja

Nej

Om Ja, kontakta skadehandläggaren och bilägg remissen.

Har du varit inlagt på sjukhus?

Om Ja, vilket sjukhus:

Ja

Nej

Datum för vistelse

från:

till:

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?

Ja

Nej

Om Ja, på vilket sätt?

Ange datum för skada:

Uppsöktes läkare vid skadetillfället?

Ja

Nej

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

Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc)?

Ja

Nej

Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?

Ja

Nej

Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?

Ja

Nej

Har du varit sjukskriven till följd av olycksfallet?

Ja

Nej

Om Ja, i vilken omfattning och under period?

Till 100%

från:

till:

Till 75%

från:

till:

Till 50%

från:

till:

Till 25%

från:

till:

Är du fullt arbetsför nu?

Ja

Nej

Om Ja, sedan när? (datum):

Ange din månadslön vid insjuknandedagen:

Är du återställd/friskförklarad?

Ja

Nej

Om Ja, sedan när? (datum):

## Besvaras vid tandskada

Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning  
Kryssa för och markera vilka tänder som blivit skadade

Höger sida



Vänster sida



## Uppgifter om dubbförsäkring

Finns försäkring i annat bolag?

Ja

Nej

Om Ja, vilket:

Ange försäkringsnummer:

Har skadan anmälts dit?

Ja

Nej

## Ersättningsanspråk

1:

Summa:

2:

Summa:

3:

Summa:

4:

Summa:

Total summa:

## Viktig information om 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.

## Underskrift av försäkrad

\* 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

---

Personnummer

---

Underskrift

---

Namnförtydligande

*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.*