

SKADEANMÄLAN

Vård och Krishjälp vid trafikolycka
Gruppavtal SBM 10139



TRYGGHET FÖR BILÄGARE

1. Anmälan avser

Försäkrad Familjemedlem i bilen

Försäkringstagarens för- och efternamn:

Personnummer:

Utdelningsadress:

Postnr:

Ort:

Epostadress:

Telefonnummer (även riktnummer)

Familjemedlems för- och efternamn

(ifylles endast om anmälan avser medföljande familjemedlem i bilen)

Personnummer

2. Besvaras vid trafikolycka

När inträffade olyckan?

Klockslag

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

Vilken kroppskada har olycksfallet medfört?

När anlätades läkare (datum)?

Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort

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

Har du fått en remiss, som avser skada från olyckan, av behandlande läkare?
(en remiss för vilken åtgärd, vid JA kontakta skadehandläggaren och bilägg remissen)

Ja

Nej

Har du varit inlagd på sjukhus? Om "Ja", vilket?

Ja

Nej

Fr.o.m.

t.o.m.

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?

Ja Nej

Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?

Anlitades läkare då?

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 p.g.a. olycksfallet?

(läkarintyg måste bifogas)

Till 100%

Fr.o.m. t.o.m.

Till 75%

Fr.o.m. t.o.m.

Till 50%

Fr.o.m. t.o.m.

Till 25%

Fr.o.m. t.o.m.

Är du fullt arbetsför nu?

Ja Nej

Om "Ja", sedan när (datum)?

Ange din månadslön i kr vid insjuknandedagen

Är du återställd/friskförklarad?

Ja Nej

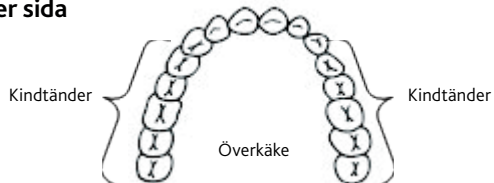
Om "Ja", sedan när (datum)?

3. Besvaras vid tandskada

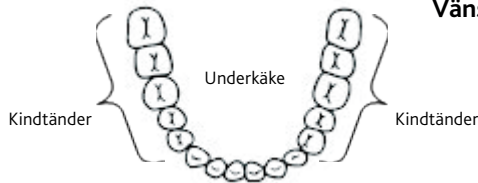
Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera vilka tänder som blivit skadade

Höger sida



Vänster sida



4. Uppgifter om dubbelförsäkring

Finns försäkring i annat bolag?

Ja Nej

Om "Ja", vilket bolag och försäkringsnummer?

Har skadan anmälts dit?

Ja Nej

5. Ersättningsanspråk

Var vänlig och specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning

Specifikation av anspråk

1.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
Total summa			<input type="text"/>

6. 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.

7. 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 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 och datum

Personnummer

Underskrift

Namnförtydligande

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 försäkringsbranschen.

Skicka skadeanmälan till Nordic Loss Adjusting AB: Mail: personskador@nlaab.com Adress: Box 1141, 171 22 SOLNA