

Skadeanmälan

barnolycksfall, barnsjuk, 2012

1:2

Akademiker Försäkring

Försäkringstagare

Namn (ifylls alltid)		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort	
Försäkrat barn		Personnummer	
Om annan adress än ovan			

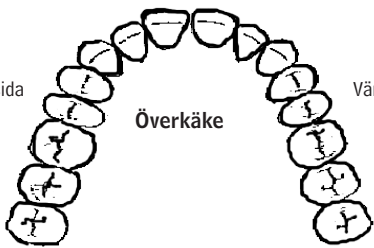
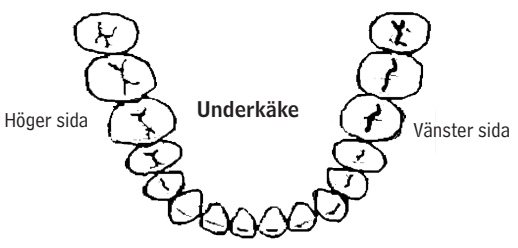
Ersättning betalas till

Efternamn, förnamn	Postgiro/Clearingnr.- Bankkontonr.	Telefon dagtid (även riktnummer)
--------------------	------------------------------------	----------------------------------

Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet? (Datum)	Olycksfallet inträffade <input type="checkbox"/> I skolan/arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/fritids-/daghem, arbete		
Hur gick olycksfallet till? Var hände det?			
Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?			
När anlätades läkare? (Datum)	Vilket sjukhus/vårdcentral		
Vilken läkare sköter barnet nu? (Läkarens namn och adress)			
Befaras framtida invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja, den <input type="checkbox"/> Nej	
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja – när och på vilket sätt?		<input type="checkbox"/> Nej	Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilken läkare samt sjukhusets namn och ort			
OBS! Uppgifterna 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.			

Besvaras även vid tandskada OBS! Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som har blivit skadade		<input type="checkbox"/> Mjölktänder	<input type="checkbox"/> Permanenta tänder
Höger sida		Höger sida	
	Överkäke		Underkäke
	Vänster sida		Vänster sida

Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn	
När märktes första symtomen?	När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom?
Läkarens namn och ort samt sjukhusets och klinikens namn och ort	

Vilken barnvårdscentral tillhör/tillhörde barnet?		Skolans namn och adress	
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		När?	Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilken läkare samt ev vilket sjukhus (namn och ort)			
Vilken läkare sköter barnet nu?			
Sjukhusets och klinikens namn och ort			
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd? <input type="checkbox"/> Återställt sedan (Datum)		<input type="checkbox"/> Ej återställt	
Vilken försäkringskassa tillhör Ni/barnet?			
Har vårdbidrag från allmän försäkringskassa utbetalats eller sökts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod? <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Trekvart <input type="checkbox"/> Halvt <input type="checkbox"/> Kvarts			Fr o m
			T o m

Besvaras alltid

Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket bolag?	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Kostnader (Bifoga originalkvitton! Gäller endast vid olycksfallsskada)

Behandlingskostnader skall i första hand ersättas av försäkringskassan och resekostnader av landstinget

Verifikat nr	Kostnader avser	Belopp i kronor
Summa		

Underskrift och fullmakt

OBS! Om anmälan avser omtyndigt barn, ska den undertecknas av vårdnadshavare. Barn 18-25 år ska själva underteckna anmälan!

Genom att underteckna anmälan samtycker du till följande behandling av dina personuppgifter: Movestic kommer att registrera dina personuppgifter i sitt datasystem och utföra sådan hantering av uppgifterna som är nödvändig för att handlägga och administrera ditt ersättningsanspråk och din försäkring. Uppgifter kan lämnas till försäkringsbranschens gemensamma skaderegister (GSR). Movestic kommer även att utföra sådan hantering av dina personuppgifter som är nödvändig för att sammanställa statistik och att utvärdera och förbättra försäkringsprodukterna. Personuppgifter kan göras tillgängliga för de personer som behöver dem för att kunna utföra sina arbetsuppgifter för Movestic's räkning. Detta omfattar även Movestic's medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för Movestic's räkning och de återförsäkringsbolag som Movestic anlitar. Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna anmälan är riktiga och fullständiga.		
Ort och datum	Namnteckning	
Telefon bostad (även riktnummer)	Telefon arbetet (även riktnummer)	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till Akademikerförsäkring, Box 30120, 104 25 Stockholm
Försäkringsgivare: Movestic Livförsäkring AB | Org. nr 516401-6718 | Box 7853 | 103 99 Stockholm