

Anmälan om olycksfall/sjukdom – barn

Grupp försäkring

skandia

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning.

Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm inte underskrift.**

Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper. Glöm då inte att skriva barnets personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

Gå in på www.skandia.se/personuppgifter och läs om hur vi behandlar era personuppgifter.

Blanketten skickas till:

Skandia
Dokumenthantering, R802
106 37 Stockholm
Telefon: 0771-55 55 00

1. Avtalsuppgifter

Arbetsgivarens/förbundets/föreningens namn		Gruppavtal nr
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn
Mejladress		Telefon (även riktnummer)

2. Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (ifylls alltid)	Civilstånd <input type="checkbox"/> Ensamstående	Gift/sambo/ registrerad partner <input type="checkbox"/>	Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn	
<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Personkonto	<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro
Bankens namn		Clearingnummer	Kontonummer

3. Försäkrat barn

Barnets namn	Personnummer	
Vem är barnets biologiska förälder/adoptivförälder? <input type="checkbox"/> Gruppmedlem och medförsäkrad <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad		
Försäkrat barns bankkonto -- ange bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer

5. Besvaras vid olycksfall

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.

När inträffade olycksfallet? (ÅÅ-MM-DD)	Klockan	Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skolan <input type="checkbox"/> På väg till eller från skolan/fritidshemmet/daghemmet <input type="checkbox"/> På fritid
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter		
Vilken kroppsskada blev följden?		



6635:10

PG-6635:10

SID 1 (3)

Signatur

Forts. Besvaras vid olycksfall

När anlätades läkare?		Datum (ÅÅ-MM-DD)	
Läkarens namn och adress			
Vilken läkare behandlar barnet nu? Läkarens namn och adress			
Har barnet varit intaget för slutna vård på sjukhus? (Bif. intyg från vårdavdelningen vid vård i mer än 3 dagar)		Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Befaras framtida invaliditet?	Är behandlingen avslutad?	Fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? När och på vilket sätt?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Anlätades läkare då?	Vilken läkare samt ev. sjukhus (namn och adress)		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

6. Besvaras vid tandskada *Intyg från tandläkare behövs INTE för försäkringsbolagets bedömning*

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade

Höger sida

Kindtänder

Överkäke

Vänster sida

Kindtänder

Underkäke

Höger sida

Kindtänder

Vänster sida

Kindtänder

Mjölktänder

Permanenta tänder

7. Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn	
Datum (ÅÅ-MM-DD)	
När märktes de första symptomen?	
Datum (ÅÅ-MM-DD)	
När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom?	
Datum (ÅÅ-MM-DD)	
Läkarens namn och adress	
Har barnet varit intaget för slutna vård på sjukhus? (Bif. intyg från vårdavdelningen vid vård i mer än 3 dagar)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	
Vilken barnvårdscentral tillhör/tillhörde barnet?	
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom? När?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Anlätades läkare då?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn och ort)	
Vilken läkare behandlar barnet nu? Läkarens namn och adress	
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd?	
<input type="checkbox"/> Ej återställd <input type="checkbox"/> Återställd sedan	
Datum (ÅÅ-MM-DD)	

Forts. Besvaras vid sjukdom

Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?		När?	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Hur stort vårdbidrag beviljades?		Fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/4
Är barnet ett adoptivbarn från annat land?		Varifrån?	När kom barnet till Sverige? (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		

8. Övrigt

Finns försäkring i annat bolag?	Vilket?	Försäkring nr
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Har skadan anmälts dit?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

9. Underskrift (om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av gruppmedlem)

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
 Jag samtycker till att Livförsäkringsbolaget Skandia ömsesidigt/Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) för bedömning av sitt ansvar, hos försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare, inhämtar de upplysningar som Skandia anser nödvändiga.
 Samtycket omfattar **inte** uppgifter om mitt/barnets hälsotillstånd.

Försäkrat barns namn		Personnummer	
Namnteckning		Namnförtydligande	
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)			
2 0 - -			
Telefon arbetet (inkl. riktnummer)	Telefon bostaden (inkl. riktnummer)	Mejladress	

10. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.			
<input type="checkbox"/> När anslöts barnet till Barnförsäkring (olycksfall och sjuk)?		Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> När anslöts barnet till Barnolycksfall?		Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> När anslöts barnet till Barnsjuk?		Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
Invaliditetskapital	Var premien betald vid skadetillfället?	Premien betald till (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Gruppföreträdarens underskrift	Namnförtydligande	
2 0 - -			
Telefon (även riktnummer)	Mejladress		