

Skicka din skadeanmälan till Movestic Livförsäkring AB, Box 1501, 600 45 Norrköping.

För- & efternamn (försäkrad)	Personnummer (försäkrad)		
Adress	Postnummer & ort		
För- & efternamn (barn)	Personnummer (barn)		
Om annan adress än ovan			
Telefon (dagtid)	E-post		
Ersättning betalas till			
För- & efternamn	Telefon (dagtid)	Clearingnr. & Bankkonto	

Besvaras vid olycksfall

När inträffade olyckan (datum)?	Var inträffade olyckan?	I skolan/arbetet	På fritiden	På väg till/från skola/fritids-/daghem, arbete	
Hur gick olycksfallet till? Var hände det?					
Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?					
När anlätades läkare första gången (datum)?	Vilket sjukhus/vårdcentral?				
Vilken läkare sköter barnet nu?					
Befaras framtida invaliditet?	Ja	Nej	Är behandlingen avslutad?	Ja	Nej
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Ja - när och på vilket sätt?			Nej	
Anlätades läkare då?	Ja	Nej			
Sjukhus, klinik & läkarens namn					
Behöver du kristerapi? Se övriga upplysningar.				Ja	Nej

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		Mjölktänder	Permanent tänder		
Höger sida	Överkäke	Vänster sida	Höger sida	Underkäke	Vänster sida

Besvaras vid sjukdom

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

Vilken barnvårdscentral tillhör/tillhörde barnet?		Skolans namn & adress	
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?	Nej Ja	När?	Anlätades läkare då? Ja Nej
Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn & ort) anlätades då?			
Vilken läkare sköter barnet nu?			
Sjukhusets & klinikens namn			
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd?	Återställt sedan	Ej återställt	
Har vårdbidrag från allmän försäkringskassa utbetalats eller sökts?	Ja	Nej	
Hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod?		Fr om	To m
Helt	Trekvart	Halvt	Kvarts

Besvaras alltid

Finns försäkring i annat bolag?	Ja Nej	Vilket bolag?	Försäkringsnummer
---------------------------------	--------	---------------	-------------------

Kostnader (Bifoga originalkvitton! Gäller endast vid olycksfallsskada)

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

Verifikat nr.	Kostnaden avser	Belopp i kronor
Summa		

Övriga upplysningar (Ange orsak om terapi/krisförsäkring önskas. Sådan behandling av leg. psykolog ska godkännas i förväg.)

Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna anmälan är riktiga och fullständiga.

Genom att underteckna anmälan samtycker du till följande behandling av dina, eller om anmälan gäller omyndigt barn, ditt barns 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 Movestics räkning. Detta omfattar även Movestics medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för Movestics räkning och de återförsäkringsbolag som Movestic anlitar.

Med min underskrift ger jag fullmakt till Movestic eller dess återförsäkrare att inhämta sådana uppgifter, registerutdrag och handlingar (inklusive patientjournaler, röntgenundersökningar och provsvar) från sjukhus, vårdcentral, vårdinrättning, läkare och annan vårdpersonal såsom psykolog, psykoterapeut, sjuksköterska, naprapat, sjukgymnast, kiropraktor, arbetsterapeut och kurator samt från försäkringskassan, annan försäkringsinstans, min arbetsgivare och skatteverket (inklusive kontrolluppgift och inkomstdeklarationer) som Movestic anser sig behöva för ersättningsanspråk. Jag medger att ovan nämnda personer får lämna uppgifter till Movestics samarbetspartners. Jag medger också att Movestic får vidarebefordra informationen till de samarbetspartners, medicinska rådgivare och återförsäkringsbolag som Movestic anlitar. Fullmakten gäller tills den återkallas eller tills ärendet är slutreglerat. Fullmakten gäller även vid skadereglering som sker efter dödsfall. I det fall fullmakten återkallas innan ärendet slutreglerats kan det att medföra att ersättningsanspråk inte kan utredas och att sökt försäkringsersättning jämkas eller uteblir.

De personuppgifter som Movestic inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt kommer att behandlas i Movestics försäkringsregister och hanteras för att handlägga ditt ersättningsanspråk och din försäkring. Ändamålet med behandlingen framgår av försäkringsvillkoren.

Fullmakten omfattar skadereglering. Syftet med fullmakten är att Movestic ska kunna handlägga och administrera skadeanmälan samt bedöma skadefall genom att inhämta de handlingar som Movestic anser vara nödvändiga för utredningen. Fullmakten innebär att vårdgivare m.fl. får lämna ut handlingar till Movestic, dess samarbetspartners, medicinska rådgivare och de återförsäkringsbolag som Movestic anlitar.

Underskrift

Om anmälan avser omyndigt barn, vänligen ange barnets namn och personnummer.

Ort	Datum	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande	
Omyndigt barns namn	Omyndigt barns personnummer	

Försäkringsgivare är Movestic Livförsäkring AB, Org.nr. 516401-6718, Box 7853, 103 99 Stockholm