

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

För- & efternamn (försäkrad)	Yrke	Personnummer
Adress	Postnummer & ort	
E-post (försäkrad)	Telefon (försäkrad)	
Utbetalning önskas till bankkonto/postgiro/personkonto		
Kontoinnehavare	Clearingnr.	Kontonr.

### Besvaras vid olycksfall

När inträffade olyckan (datum)?	Var inträffade olyckan?	I skolan/arbetet	På fritiden	På väg till/från skola/arbete	På resa	
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp & övriga omständigheter.						
Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?						
När anlätades läkare första gången (datum)?	Vilket sjukhus/vårdcentral?					
Vilken läkare sköter dig nu?	Vilket sjukhus/vårdcentral?					
Har du vårdats inläggande på sjukhus?	Nej	Ja	Om "Ja", vilket?	Fr o m	To m	
Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?	Nej	Ja	Behöver du kristerapi? Se övriga upplysningar.			
Har du varit sjukskriven på grund av olycksfallet? Bifoga läkarintyg.	Nej	Ja, ange grad %: .....			Fr o m	To m
		Ange grad %: .....			Fr o m	To m
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Ja - när och på vilket sätt?				Nej	
Befaras framtida invaliditet?	Ja				Nej	
Är du fullt arbetsför nu?	Ja	Sedan			Nej	
Har du någon annan olycksfallsförsäkring?	Ja	Bolag	Försäkringsnummer		Nej	
Har händelsen polisanmälts?	Ja	Polismyndigheten i			Nej	

### Besvaras vid sjukdom

Ange vilken sjukdom som anmälan avser (samtliga diagnoser)	
När märkte du de första symptomen?	När anlätades läkare för första gången på grund av dessa besvär?
Vilken läkare/vårdpersonal har du besökt för undersökning och vård med anledning av sjukdomen?	
Läkarens namn:	Sjukhus/vårdcentral:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Har du haft samma eller liknande besvär tidigare?	Vilken läkare och vårdinrättning anlätades då?
Nej	Ja, ange när:



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 Movestic 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 Movestic 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 Movestic 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

Ort	Datum	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande	

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