

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

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| För- & efternamn (försäkrad) | Personnummer (försäkrad) |
| Adress                       | Postnummer & ort         |
| Telefon dagtid               | E-post                   |

Utbetalning önskas till bankkonto/postgiro/personkonto

|      |             |          |
|------|-------------|----------|
| Bank | Clearingnr. | Kontonr. |
|------|-------------|----------|

## Uppgifter om arbetsoförmåga

Arbetsoförmåga beror på

Sjukdom Olycksfall. Om orsaken är olycksfall, gå direkt till "Gemensamma frågor" nedan.

|  |  |
|--|--|
| Sjukdomens namn  | När märktes de första symtomen?                    |
| Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?<br>Nej Ja       | Vilken sjukdom? Vilken period?                     |
| Vilken läkare anlätades då? (Läkarens namn & adress)       |  |
| Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?<br>Nej Ja | Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?<br>Nej Ja |

## Gemensamma frågor (ifylls alltid)

|  |  |                |              |
|--|--|----------------|--------------|
| När anlätades läkare? (Datum)  | Sjukhus, klinik & läkarens namn  |                |              |
| Vilken läkare sköter dig nu? (Läkarens namn, sjukhus & klinik)                                   |  |                |              |
| Ange sjukskrivningens omfattning i procent<br>Läkarintyg/intyg för rehabilitering måste bifogas. | Fr o m   | To m           | Omfattning % |
|  |  |                | %            |
|  |  |                | %            |
| Har du sjukersättning?<br>Nej Ja, sedan den  | Om "Ja", i vilken omfattning? Bifoga beslut från försäkringskassan. 25% 50% 75% 100% |                |              |
| Är du idag fullt arbetsför?  | Nej Ja, sedan den  |                |              |
| Har du någon annan sjukförsäkring?<br>Nej Ja   | Bolag  | Försäkringsnr. |              |
| Ange din månadslön då du insjuknade. Bifoga kopia på lönespecifikation.                          |  |                |              |

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 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 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's 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's 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