

Anmälan om olycksfall

Gruppförsäkring

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 ditt personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

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

skandia

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		
Telefon arbetet (även riktnummer)	Telefon bostaden (även riktnummer)	Mejladress	

3. Medförsäkrad (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)

Medförsäkrads namn	Personnummer
Telefon (dagtid)	Mejladress

4. Önskemål om utbetalningssätt

Jag vill att beloppet ska sättas in på konto <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro	Clearingnummer	Kontonummer
Bankens namn	Kontoinnehavare	

5. Uppgifter om olycksfallet

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritid	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Klockslag
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter		

fortsättning nästa sida



1351:9

1351:9

SID 1 (3)

Signatur

Forts. Uppgifter om olycksfallet

Vilken kroppsskada blev följden?			
När anlätades läkare? (ÅÅ-MM-DD)		Läkarens namn och adress	
- -			
Vilken läkare behandlar dig nu? Läkarens namn och adress			
Har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Vilket sjukhus?	Fro.m. (ÅÅ-MM-DD)
- -			- -
Har olycksfallet föranlett nedsatt arbetsförmåga/sjukskrivning? Kopia av sjukskrivningsintyget ska alltid bifogas (vid sjukskrivning längre tid än 30 dagar)			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
<input type="checkbox"/> Hel		Fro.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
- -		- -	- -
<input type="checkbox"/> 3/4		Fro.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
- -		- -	- -
<input type="checkbox"/> Halv		Fro.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
- -		- -	- -
<input type="checkbox"/> 1/4		Fro.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
- -		- -	- -
Nuvarande hälsotillstånd. Är du helt återställd?		Är du fullt arbetsför?	Om ja, fro.m. (ÅÅ-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/sjukdom eller har du i övrigt haft symtom (t.ex. ömhet, värk, stelhet) från den?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Vilka besvär?			När? (ÅÅ-MM-DD)
			- -
Anlätades läkare/tandläkare då?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om ja, ange vårdgivarens namn och adress			
Har du annan olycksfallsförsäkring?		Bolag	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Är skadan anmäld dit?	Har du fått ersättning därifrån?	Om ja, vilken ersättning och från vilket bolag?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

6. Uppgifter om kostnader Uppgifterna ska styrkas med originalverifikationer alternativt intyg från vårdgivaren om utbetald ersättning.

Datum för behandling (ÅÅ-MM-DD)	Uppgiftens art (läkararvoden, medicin, resor etc.)	Total kostnad	Ersatt av vårdgivare	Återstående belopp	Ver. nr
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					
- -					

Signatur

7. Underskrift av försäkrad

– 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 hälsotillstånd.

– Jag förbinder mig att underrätta Skandia om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AFA eller motsvarande.

– Vidare är jag medveten om att ersättning som utbetalats till mig genom gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA eller motsvarande).

Ort _____ Namnteckning _____ Namnförtydligande _____

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
2 0 | | - | | - | | |

8. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av gruppföreträdaren (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Anställningsdatum (ÅÅ-MM-DD) - -	Anslutningsdatum (ÅÅ-MM-DD) - -	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ansluten till sjukförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad	<input type="checkbox"/> Ej ansluten till olycksfall		Sveda och värk ingår? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Sjuk och olycksfallsförsäkring för vuxna	Invaliditetskapital	<input type="checkbox"/> Heltid (Goff)	Invaliditetskapital
<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg – heltid	Invaliditetskapital	<input type="checkbox"/> Heltid	Invaliditetskapital
Gruppföreträdarens namnteckning _____		Namnförtydligande _____	
Datum (ÅÅ-MM-DD) 2 0 - -			
Telefon (även riktnr)		Mejladress	