Skadeanmälan

Olycksfallsförsäkring Vuxen

Uppgifter om gruppföreträdaren

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn	Gruppavtalsnummer
Brandmännens Riksförbund	S001MO000002

Anmälan avser

☐ Gruppmedlem ☐ Medförsäkrad (obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer
Medförsäkrads förnamn och efternamn		Personnummer

Besvaras vid olycksfall

När och var inträffade olycksfallet (ååmmdd)?		Klockslag	☐ I arbetet ☐ På fritiden ☐ På väg till/från arbetet
Beskriv händelseförloppet detaljerat (ange även ort, plats samt övriga omständigheter).			
Vilken kroppskada har olycksfallet medfört?			
När anlitades läkaren (ååmmdd)?	Sjukhus/vårdcentral/klinikens namn och ort		
Vem behandlar dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?			
Har du varit inlagd på sjukhus? ☐ Ja ☐ Nej	Om ”Ja”, vilket sjukhus?	Från (ååmmdd)	Till (ååmmdd)
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej	Om ”Ja”, när (ååmmdd) och på vilket sätt?		
Anlitades läkare då? ☐ Ja ☐ Nej	Om ”Ja”, ange sjukhus/vårdcentral/klinikens namn och ort		
Befaras framtida invaliditet (ärr, nedsatt funktionsförmåga etc)?			
Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?			
Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?			

Har du varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)

☐ 100 % Sjukskriven	Från	Till	☐ 75 % Sjukskriven	Från	Till
☐ 50 % Sjukskriven	Från	Till	☐ 25 % Sjukskriven	Från	Till

Är du fullt arbetsför nu? ☐ Ja ☐ Nej	Om ”Ja”, sedan när (ååmmdd)
Är du återställd/friskförklarad? ☐ Ja ☐ Nej	Om ”Ja”, sedan när (ååmmdd)
Ange din månadslön i kronor vid insjuknandedagen	

Skadeanmälan

Olycksfallsförsäkring Vuxen

Personnummer

Besvaras vid tandskada

Vilken tandläkare har undersökt skadan och när (ååmmdd)?
Vilka tänder har skadats? Markera på bilden vilken/vilka tänders om skadats Höger sida Vänster sida Höger sida Vänster sida   Överkäke Underkäke

Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

Finns annan giltig olycksfallsförsäkring? ☐ Ja ☐ Nej	Om ”Ja”, ange vilket försäkringsbolag
Har ersättning utbetalts av annan försäkring? ☐ Ja ☐ Nej	

Ersättningsanspråk

Vänligen specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk vid kostnadsersättning.

Datum	Utgiftens art (läkararvode, resor, etc)	Total kostnad	Ersatt från annat håll	Återstående belopp

Viktig information gällande ersättningsanspråk

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.

Skadeanmälan

Olycksfallsförsäkring Vuxen

Övriga upplysningar

Underskrift av försäkrad

- Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga
- Jag medger att de uppgifter som lämnats om mitt hälsotillstånd, personuppgifter samt riskbedömning- och skaderegleringsresultat får registreras i bolagets dataregister.
- Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.
- Jag är medveten om att ersättning som utbetalas till mig från olycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande).

Ort och datum	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer

De uppgifter som du lämnar till försäkringsgivaren kommer att behandlas och arkiveras av försäkringsgivarensamt dess återförsäkrare i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (GDPR). Detta för fullgörande av ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Vidare kan uppgifterna komma att användas för att informera om försäkringsgivarens tjänster och produkter.
Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området. I de fall vi behöver lämna ut uppgifterna utanför EU/EES, d.v.s. i ett s.k. tredjeland, skyddas dina personuppgifter enligt de krav som gäller enligt dataskyddsförordningen, exempelvis genom användande av EU-kommissionens standardavtalsklausuler.
All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast vara tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att utföra sitt arbete. Uppgifterna kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Läs mer på: sensorforsakring.se/privat/personuppgiftspolicy/

Blanketten skickas till:
Sedgwick Sweden AB
Box 1141
171 22 Solna