

A Försäkringen

Försäkringstyp (inklusive gruppens namn vid gruppförsäkring):	Avtalsnummer:
---	---------------

B Den skadelidande

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon dagtid:	Mobiltelefonnummer:
Om du är medförsäkrad eller om anmälan avser barn, ange gruppmedlemmens namn:		Gruppmedlemmens personnummer:

C Sjukdom eller olycksfall - Ifylls alltid

Ange vilken sjukdom eller kroppsskada som anmälan avser (samtliga diagnoser):	
När märkte du de första symptomen?	När uppsökte du läkare för första gången på grund av dessa besvär?
Vilka läkare/vårdpersonal har du besökt för undersökning och vård med anledning av sjukdomen/skadan? <i>Läkarens/vårdpersonalens namn:</i> <i>Sjukhus/mottagning (med adress):</i>	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Har du haft samma eller liknande besvär tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange när: _____ Vilken läkare och vilken vårdinrättning anlätades då?	

D Olycksfall - Besvara detta avsnitt om du ansöker om ersättning från olycksfallsförsäkring.

Var inträffade olycksfallet?	Vilket datum inträffade olycksfallet?	Vilken tidpunkt inträffade olycksfallet?
Olycksfallet inträffade: <input type="checkbox"/> under arbetstid / skoltid <input type="checkbox"/> under färd till eller från arbete / skola <input type="checkbox"/> under fritid	Tillkallades ambulans, polis eller räddningstjänst? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vad: _____	
Lämna en detaljerad beskrivning av hur olycksfallet gick till: _____ _____ _____ _____		
Hur skadades du i olyckan?	Vilken sida av kroppen skadades? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	Har du haft besvär med skadad kroppsdel tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när: _____
Har du annan olycksfallsförsäkring eller, vid trafikolycka, trafikförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, lämna uppgifter nedan: <i>Bolagets namn och adress:</i> _____ <i>Skadenummer eller försäkringsnummer:</i> _____ _____ _____		

E Sjukförsäkring - Besvara detta avsnitt om du ansöker om ersättning från sjukförsäkring.

Har du fast anställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, ange vad:	Anställd sedan:	Veckoarbetstid: timmar
Arbetsgivarens namn och adress:		
Ditt yrke:	Din befattning:	Dina arbetsuppgifter:
Besvara om du är företagare: <input type="checkbox"/> Anställd i eget AB <input type="checkbox"/> Egen företagare (EF/HB/KB)	När startade verksamheten?	Äger du minst 33 % av företaget (med make, barn eller förälder) eller är du komplementär i kommanditbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange din ordinarie fasta månadslön vid insjuknandet (inkl. semesterersättning):	Om du är egen företagare, ange ditt senaste taxerade överskott av näringsverksamhet: Taxeringsår: _____ Överskott: _____	
Ange om du har fått bonus eller provision under de senaste tre åren: År: _____ Bonus: _____	År: _____ Bonus: _____	År: _____ Bonus: _____
Har du haft något avbrott i ditt förvärsarbete sedan starten av försäkringen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, under perioden _____ till _____ av orsak _____		
Är du, eller har du varit, sjukskriven på grund av sjukdomen / skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. _____ <input type="checkbox"/> fortfarande sjukskriven <input type="checkbox"/> frisk fr.o.m. _____		
Har Försäkringskassan beviljat dig ersättning för arbetsoförmåga för sjukdomen / skadan? <input type="checkbox"/> Ingen ersättning <input type="checkbox"/> Sjukpenning <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> Sjukersättning		
Har du sjukförsäkring i något annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, i försäkringsbolag: _____ Försäkringsnummer: _____ Månadsbelopp: _____ kr		
Vilka övriga sjukförmåner har du? <input type="checkbox"/> Enbart försäkringskassa <input type="checkbox"/> ITP eller likvärdigt <input type="checkbox"/> Sjuklön efter dag 14 <input type="checkbox"/> Annan ersättning: _____		

F Bankkonto

Ange bankkonto för mottagande av försäkringsersättning: Bankens namn och adress: _____		
Clearingnr: _____	Kontonummer: _____	

G Övrigt / ersättningsanspråk

Här kan du lämna övriga upplysningar eller kompletteringar till någon fråga samt specificera dina eventuella ersättningsanspråk: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

H Bilagor

Bifoga alltid följande handlingar om du ansöker om ersättning enligt en sjukförsäkring: <input type="checkbox"/> Din lönespecifikation månaden innan du blev sjukskriven. <input type="checkbox"/> Om du är egen företagare: inkomstintyg från din revisor för året innan du blev sjukskriven eller din senaste inkomstdeklaration. <input type="checkbox"/> Samtliga medicinska underlag för sjukskrivning. <input type="checkbox"/> Försäkringskassans beslut om sjukersättning om sådant finns.

UNDERTECKNA ANMÄLAN PÅ FÖLJANDE SIDA

I Underskrift och fullmakt

Genom att underteckna anmälan samtycker du till följande behandling av dina eller 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 intygar jag att alla uppgifter i denna anmälan är riktiga och fullständiga.

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.

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 psykiatriker, 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.

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

..... Ort Datum Underskrift
..... Personnummer	 Namnförtydligande
..... Omyndigt barns personnummer	 Omyndigt barns namn

Alla handlingar skickas till: Movestic Livförsäkring AB, Box 1501, 600 45 Norrköping