

Skadeanmälan skickas till:
Chartis Europe S.A.
Skadeavdelningen
Box 3506, SE-103 69 Stockholm
Tel +46 8 506 920 00
Fax +46 8 506 920 90

Skadenummer
(Ifylles av Chartis)



SKADEANMÄLAN – Ansvarsskada

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Organisationsnummer	Försäkringsnummer	
Företagets namn	Kontaktperson	
Postadress	Postnr och ort	
Telefon/Mobil	E-mail <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till:		
Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro	
Namn om annan betalningsmottagare än försäkringstagaren		
Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Vilken typ av försäkring
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer

SKADELIDANDE

Personnummer	Namn
Postadress	Postnummer, ort
Telefon/Mobil	E-mail <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail
Eventuell ersättning utbetalas till:	
Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro
Redovisningsskyldig för moms	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

REDOGÖR FÖR SKADAN

När inträffade skadan?	Klockslag	År/Månad/Dag
Var inträffade skadan?	Adress	Ort
Beskrivning av skadans art, uppkomst och händelseförlopp		

Fortsätt på nästa sida

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Har polisanmälan gjorts?
Eventuella vittnen till händelsen?
Vem anser ni vara vållande?
Har den skadelidande själv medverkat till skadan?

EGENDOMSSKADA

Vilken typ av egendom har skadats?	Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vad består skadan i?		
Är egendomen försäkrad i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange bolag	Försäkringsnummer

PERSONSKADA

Vilka kroppsskador har uppkommit?	
Inträffade skadan under tjänsteutövning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Inträffade skadan till eller från arbetet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Den skadades arbetsgivare	Telefonnummer
Skadeståndsskyldighet	Om vi finner er skadeståndsskyldig, accepterar ni då att vi gör upp med motparten samt att ni erlägger er självrisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Skadeståndsskyldighet får under inga omständigheter medgivas förrän bolaget lämnat medgivande. Om stämning erhålles i anledning av skada skall Chartis Europe S.A. omedelbart underrättas.	
Övriga kommentarer	

SKADELIDANDE

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är riktiga och jag är medveten om deras betydelse vid en eventuell rättegång.	
Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

UNDERSKRIFT – OBLIGATORISK

Fullmakt för Chartis Skadeservice att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, Skatteverket eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Chartis Skadeservice. Fullmakten innefattar även rätt för Chartis Skadeservice att delge erforderlig information till försäkringskassan.

Chartis Europe S.A. är personuppgiftsansvarig för personuppgiftsbehandlingen till följd av ditt skadeärende. Chartis Europe S.A. har skyldighet att självständigt lämna dig information om de personuppgifter vi behandlar och vill således göra dig uppmärksam på följande. Ändamålet med behandlingen av dina personuppgifter är försäkringsadministration och skadeutredning rörande eventuell utbetalning av försäkringsersättning. Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss. Personuppgifterna kommer inte att användas till direkt marknadsföring och kommer inte heller att röjas till tredje part för marknadsföring. Har skadehändelsen inträffat i ett annat land eller rör den en utländsk försäkring eller i vissa fall på grund av försäkringsadministration kan dina personuppgifter komma att överföras till ett Chartiskontor i ett annat land. Dina personuppgifter kan även komma att överföras till ett eventuellt ombud eller en sakkunnig om detta är nödvändigt för utredningen av ditt ärende. Personuppgifterna kan även komma att användas i statistikutskick till ditt företag eller ansvarig försäkringsmäklare. Den kategori av personuppgifter som kommer att behandlas är sådana personuppgifter som ligger till grund för att beslut skall kunna fattas gällande ditt skadeärende. Detta är således namn, adress, andra kontaktuppgifter, omständigheterna kring skadehändelsen/sjukdomen/olycksfallet, personnummer, kontouppgifter samt efter samråd med dig eventuellt läkarjournaler. Du har rätt att en gång årligen gratis efter ansökan hos oss erhålla information om vilka av dina personuppgifter vi behandlar. Om du önskar ta kontakt med oss med anledning av detta eller för att du önskar att några av dina personuppgifter skall rättas till följd av att dessa är felaktiga eller missvisande finner du Chartis Europe S.A. kontaktuppgifter överst på denna blankett tillsammans med vårt organisationsnummer.

Genom att lämna dina personuppgifter till Chartis i samband med din skadeanmälan samtycker du till insamling och bearbetning (inklusive röjande och internationell överföring) av dina personuppgifter som anges i vår Integritetspolicy som finns tillgänglig på www.chartisinsurance.se/sekretesspolicy och från Chartis Europe S.A. Frankrike filial Sverige, Box 3506, 103 69 Stockholm. I den utsträckning som du lämnar personuppgifter om någon annan individ intygar du att du har befogenhet att röja hans eller hennes personuppgifter till Chartis att du har lämnat information till individen om innehållet i Chartis Integritetspolicy.

Jag samtycker till att Chartis Europe S.A. behandlar personuppgifter om mig i enlighet med det ovanstående.

Ort och datum	Namnsteckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande

- Handlingar som styrker 100% arbetsförmåga överstigande 14 dagar skall bifogas