

Skadeanmälan skickas till:
Chartis Europe S.A.
Skadeavdelningen
Box 3122, SE-103 62 Stockholm
Tel +46 8 506 920 80
Fax +46 8 506 920 95

Skadenummer
(Ifylles av Chartis)

Organisationsnummer:
516405-4966

SKADEANMÄLAN – Harlequin



FÖRSÄKRAD

| | | | |
|---|---------------------|--|--|
| Personnummer | | Försäkringsnummer (ej obligatoriskt) | |
| Efternamn | | Förnamn | |
| Bostadsadress | | Postnr, postadress och land | |
| 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 försäkrad) | | IBAN nummer | SWIFT kod |
| Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om ja, vilket bolag | | Vilken typ av försäkring <input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan |
| Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Bolag | | Skadenummer |

OLYCKSFALL

| | | | |
|---|--|---------------|---|
| I vilket land inträffade olycksfallet/sjukdomen? | | Datum | Tidpunkt för inträffad skada |
| Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt | | | |
| Vilken kroppsskada har ni ådragit er på grund av olycksfallet | | | |
| Hur gick olycksfallet till? | | | |
| | | | |
| När och var anlätades läkare? | Datum | Läkarens namn | Telefonnummer |
| Inlagd på sjukhus | Från datum | Till datum | Går du fortfarande på behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har ni blivit sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Från datum | Till datum | Har ni ordinerats sängläge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Är sjukskrivningen 100% <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Arbetsgivare | Kontaktperson | Telefonnummer |
| Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej | Om ja, vilken typ? | | |
| Har du tidigare lidit av samma sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om ja, när och vilken läkare anlätades då? | | |

Fortsätt på nästa sida

YTTERLIGARE UPPGIFTER

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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 | Namnteckning |
| Målsman/vårdnadshavare om minderårig | Namnförtydligande |