

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)



## SKADEANMÄLAN – Olycksfall – Kommun

### FÖRSÄKRAD

Personnummer	Försäkringsnummer (ej obligatoriskt)	
Efternamn	Förnamn	
Bostadsadress	Postnr och postadress	
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 <input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Skadenummer

### ANNAN FÖRSÄKRING

Har du hemförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Har du tecknat individuell olycksfallförsäkring som omfattar barnet via din hemförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Har du tecknat kollektiv olycksfallförsäkring som omfattar barnet via din fackförening? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Har du olycksfallsförsäkring som omfattar barnet via kreditkort (t.ex. Mastercard, Eurocard, Diners, American express etc.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Är skadan anmäld till försäkringsbolaget/försäkringsbolagen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange skadenummer	

### OLYCKSFALL

Kommun		
Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)	Verksamhetens adress	Telefonnummer
Bedrivs verksamheten i privat regi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		



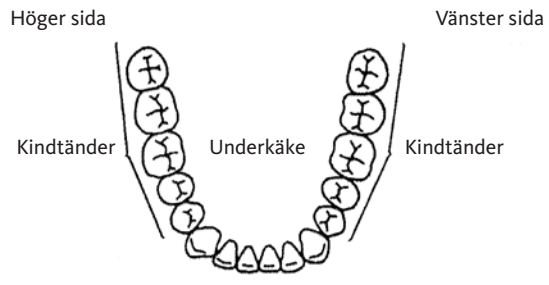
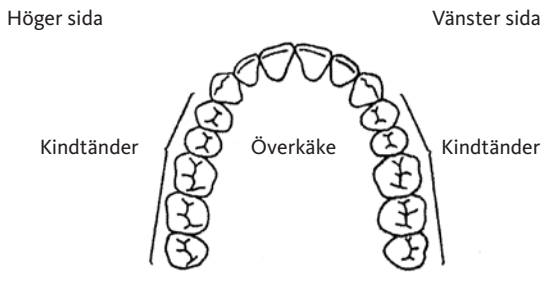
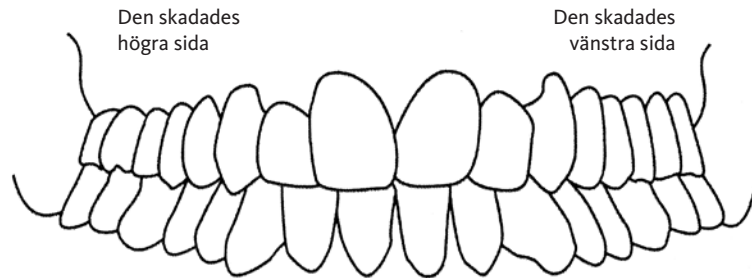
Chartis-Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

Personnummer:	Skadedatum:
Efternamn och förnamn:	

MARKERA NEDAN VILKA TÄNDER SOM SKADATS. GLÖM EJ ATT KRYSSA I MJÖLKTÄNDER/PERMANENTA TÄNDER.

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE  
Kryssa själv för på bilden vilka  
tänder som blivit skadade

- Mjölktänder
- Permanenta tänder



Ort och datum:	
Namnteckning:	Målsmans namnteckning om minderårig:

## 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](http://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