

Försäkringstagare (ifylls alltid)

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer	Ort	

Försäkrat barn

Personnummer	Namn
Är barnet folkbokfört på samma adress som försäkringstagaren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Besvaras alltid

Datum	
När inträffade olycksfallet?	
Olycksfallet inträffade	<input type="checkbox"/> I skolan <input type="checkbox"/> På fritid <input type="checkbox"/> På väg till/från skolan/fritidshemmet/daghemmet
Hur gick olycksfallet till?	
Vilka kroppsskador (samtliga) blev följden?	
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Anlitades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilken läkare samt ev sjukhusets namn och ort	

Besvaras vid tandskada OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade		<input type="checkbox"/> Mjölktänder	<input type="checkbox"/> Permanenta tänder
Höger sida	Vänster sida	Höger sida	Vänster sida

Personnummer

Allmänna frågor (ifylls alltid)

När anlätades läkare?	Datum	Läkarens namn		
	Utdelningsadress			
	Postnummer	Ort		
Vilken läkare sköter barnet nu?	Läkarens namn			
	Utdelningsadress			
	Postnummer	Ort		
Vid behov av särskild transport tur och retur till skolan skall läkarintyg bifogas.			Från och med	Till och med
Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag			Försäkring nummer	
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Nuvarande hälsotillstånd? Helt återställd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade). De skuggade fälten ska inte ifyllas. Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Olycksfallsförsäkring

<input type="checkbox"/> Barn	Invaliditetskapital		
Premien betald till den	Premien betald vid skadetillfället <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum	
Gruppföreträdarens namnteckning			
Namnförtydligande			

Utbetalning

Clearingnummer	Kontonummer	Bankens namn
----------------	-------------	--------------

Underskrift

<p>Jag förklarar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra inskränkningar i Handelsbanken Livs förpliktelser.</p> <p>Jag är medveten om, oavsett bedömningsresultat, att de uppgifter som Handelsbanken Liv erhåller om mitt hälsotillstånd samt skadeuppgifter registreras och arkiveras hos Handelsbanken Liv.</p>	<p>Jag förbinder mig att underrätta Handelsbanken Liv om olycksfalls-skadan anmäls till TFA eller motsvarande.</p> <p>Jag är medveten om att anmäld skada registreras i försäkringsbranschens gemensamma skaderegister (GSR).</p>
<p>Jag är medveten om att mina personuppgifter kommer att behandlas under avtalets giltighetstid för att Handelsbanken Liv ska kunna uppfylla sina förpliktelser enligt avtalet och enligt lag eller myndighetsbeslut. Uppgifter om min hälsa behandlas i syfte att fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk med anledning av fullgörande av avtalet.</p>	<p>Behandlingen sker enligt reglerna i Europeiska Unionens Dataskyddsförordning 2016/679 och på det sätt som beskrivs i försäkringsvillkoren. Närmare information om min personuppgiftsbehandling hittar jag på Handelsbankens hemsida, www.handelsbanken.se.</p>
Ort, datum	
Namnteckning (Namnteckning av vårdnadshavare om anmälan avser omyndigt barn)	
Namnförtydligande	

Returadress

Blanketten skickas till Handelsbanken Liv, Skadereglering, Box 1325, 111 83 Stockholm

Handelsbanken Livs noteringar

Ansvarsförbindelse sänd