

Försäkrad (ifylls alltid)

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer och ort	

Medförsäkrad (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)

Namn	Personnummer
------	--------------

Olycksfall

När inträffade olycksfallet?	Datum	<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet	<input type="checkbox"/> På fritid
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.				
Vilken kroppsskada blev följden?				
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	När?	
På vilket sätt?				

Allmänna frågor (ifylls alltid)

När anlätade du läkare?	Datum	Läkarens namn		
	Utdelningsadress			
	Postnummer och ort			
Vilken läkare sköter dig nu?	Läkarens namn			
	Utdelningsadress			
	Postnummer och ort			
Har du vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, bifoga kopia av betald faktura.	Från och med	Till och med
Är du helt återställd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Från och med	
Har du annan olycksfallsförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, i vilket bolag?	Försäkringsnummer	
	Är skadan anmäld dit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om du skadat dig till följd av en trafikolycka ber vi dig ange:	Trafikförsäkringsbolag		Fordonets registrerings-/försäkringsnummer	

ID 2022-10-04 16:40:16

HL630 2.3 2018-05-25

Personnummer

Information

Om ersättning begärs för kostnader för resor, behandlingar eller mediciner ska kvitton i original bifogas.

Utbetalning

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

Fullmakt/Underskrift

Jag medger att Handelsbanken Liv har rätt att ta del av de uppgifter från Försäkringskassan som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Medgivandet gäller inte inhämtande av journaler, läkarintyg och liknande handlingar.

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.

Jag är medveten om, oavsett bedömningsresultat, att de uppgifter som Handelsbanken Liv erhåller om mitt hälsotillstånd samt skadeuppgifter registreras och arkiveras hos Handelsbanken Liv.

Jag förbinder mig att underrätta Handelsbanken Liv om olycksfalls-skadan anmäls till TFA eller motsvarande. Vidare är jag medveten om att ersättning som utbetalas till mig genom gruppförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av Trygghetsförsäkring vid arbetskada (TFA eller motsvarande).

Jag är medveten om att anmäld skada registreras i försäkringsbranschens gemensamma skaderegister (GSR).

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.

Behandlingen sker enligt reglerna i Europeiska Unionens Datskyddsförordning 2016/679 och på det sätt som beskrivs i försäkringsvillkoren. Närmare information om min personuppgiftsbehandling hittar jag på Handelsbankens hemsida, www.handelsbanken.se.

Ort, datum

Den försäkrades/medförsäkrades namnteckning

Namnförtydligande

Returadress

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

Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av gruppföreträdaren (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Företagets/gruppens namn	Telefon (inkl riktnummer)	Gruppavtal nummer
Anmälan avser <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> Barn	Den sökande anslöts till avtalet	År, månad
Gruppmedlemmens personnummer	Personnummer	Personnummer
	Medförsäkrads personnummer	

Kopior på de ansökningshandlingar som finns för den försäkrade ska bifogas denna anmälan.

Försäkringens omfattning

Gruppmedlem	Försäkringsbelopp	Datum (år, månad)	<input type="checkbox"/> Sjukförsäkring <input type="checkbox"/> Olycksfall	Total premie betald t o m	År, månad	Belopp
<input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> FK						
Medförsäkrad	Försäkringsbelopp	Datum (år, månad)	<input type="checkbox"/> Olycksfall	Total premie betald t o m	År, månad	Belopp
<input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> FK						
Barn			<input type="checkbox"/> Olycksfall	Total premie betald t o m	År, månad	Belopp
	Belopp					Belopp
Månadslön vid insjuknandet			vid pensionsillfället			
Ort, datum						
Gruppföreträdarens namnteckning						
Namnförtydligande						