

## Försäkrad (ifylls alltid)

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer	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?	Försäkring nummer	
	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		

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. Fullmakten gäller tills ärendet är slutreglerat eller tills den återkallas.

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 arbetsskada (TFA eller motsvarande).

Bolaget använder sig av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Detta register innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsföretag, tjänstepensionsföretag eller myndighet som handlägger likartade ersättningsanspråk. Ändamålet med GSR är att till försäkringsföretag, tjänstepensionsföretag och myndigheter som handlägger likartade ersättningsanspråk tillhandahålla ett underlag för att identifiera oklara försäkringsfall och ersättningsanspråk. Därigenom kan företag och myndigheter motverka utbetalning av ersättningar som baseras på oriktiga uppgifter liksom felaktig utbetalning från flera försäkringar för samma skada. Uppgifterna kan även användas i avidentifierad eller pseudonymiserad form för statistiska ändamål och analyser på aggregerad nivå.

Personuppgiftsansvarig för GSR är Skadeanmälningsregister (GSR) AB, Box 24171, 104 51 Stockholm. Se [www.gsr.se](http://www.gsr.se) för mer information om den behandling av uppgifter som förekommer i registret.

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 Dataskyddsförordning 2016/679 och på det sätt som beskrivs i försäkringsvillkoren. Närmare information om min personuppgiftsbehandling hittar jag på Handelsbankens hemsida, [www.handelsbanken.se](http://www.handelsbanken.se).

Ort, datum

Den försäkrades/medförsäkrades namnteckning

Namnförtydligande

**Returadress**

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