



Skadeanmälan - Olycksfallsförsäkring

Vänligen läs dessa instruktioner innan du fyller i anmälningsblanketten

Steg 1: Hur du kan anmäla ditt ärende:

- Fyll i denna blankett och sänd in via post till:
AXA
Box 7439
103 91 Stockholm
- Du kan som alternativ även sända in denna blankett per e-post till: clp.se.kundservice@partners.axa

Steg 2: Underlag att bifoga:

- Sänd in daterade journaler från ditt läkarbesök som bekräftar olycksfallet du vill anmäla.
- Bifoga kvitton och intyg som är relevanta för de skador och utlägg som du söker ersättning för (se sida 2).

Vänligen sänd in intyg och dokument tillsammans för skyndsam handläggning

Steg 3: Vad händer när du sänt in anmälan?

När vi har mottagit dina handlingar kommer vi att registrera ärendet. Ärendet får ett referensnummer som vi vill att ni antecknar på samtliga handlingar ni fortsättningsvis skickar till oss. Vi har en handläggningstid upp till 10 arbetsdagar. Därefter kommer vi att skicka ett skriftligt besked till försäkrad person.

- Om försäkringen kan lämna ersättning kommer vi att informera er om belopp, vart ersättningen betalas samt när ersättningen betalas.
- Om försäkringen inte kan lämna ersättning kommer vi att förklara anledning till det.
- Om vi inte mottagit tillräcklig information för handläggning kommer vi att kontakta er och förklara vilka kompletteringar som behöver sändas in till oss.

Observera att anmälan gällandes medförsäkrade personer under 20 års ålder ska ha huvudförsäkrades underskrift på blanketten

Vänligen häfta inte ihop handlingarna

Skadeanmälan: Olycksfall

Huvudförsäkrad:

Namn: Personnr: -

Gatuadress:

Postnr: Ort:

E-post:

Telefonnr:

Anmälan avser huvudförsäkrad ovan:

Anmälan avser följande medförsäkrad:

Namn: Personnr: -

Olycksfallsförsäkringen är tecknad genom: Forex: Marginalen: Konsumentförsäkring: ICA:

Genom att skriva mobiltelefonnummer nedan accepterar jag att få SMS-uppdateringar om ärendet. Meddelandena innehåller inte identifierande eller känslig information.

Mobiltelefon för SMS-kontakt

Skriv ut telefonnummer även om det är samma som ovan

Olycksfallet:

Här nedan kryssar du i det du för närvarande känner till om skadan och dina kostnader, läs gärna igenom dina Försäkringsvillkor för att se vilka moment din försäkring ersätter:

- Kostnad för skadade kläder, skor, väska, klocka och glasögon samt kostnader för transporter, sjukvård och läkemedels- och sjukvårdsprodukter.
- Kostnad för avslutad tandvård
- Din arbetsförmåga, eller barns förmåga att vara på förskola eller skola, har varit nedsatt, eller kan bli nedsatt, till minst hälften under en 30-dagars period?
- Kostnad för rehabilitering och terapi
- Kostnad för hjälpmedel
- Risk för bestående men (invaliditet) / ärr?
- Sjukhusvistelse i minst ett dygn:
Period: -
- Dödsfall:
Tidpunkt för dödsfall:

Kontouppgifter för betalning av ersättning:

Observera att kontot måste tillhöra den försäkrade. Ifall försäkrad är under 18 år ska vårdnadshavares konto anges.

Bank: Clearingnr: Kontonr:

Kontohavares namn:

Vänligen häfta inte ihop handlingarna

När inträffade olycksfallet: Var inträffade olycksfallet:

Hur gick olycksfallet till? Beskriv kortfattat:

.....
.....
.....
.....

Vilka skador har den skadade fått till följd av olyckan:

.....
.....
.....

Namn på nuvarande behandlande läkare/tandläkare samt sjukhus:

.....
.....
.....

Är all behandling av skadan avslutad: Ja: Nej:

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada: Ja: Nej:

Godkännande och samtycke:

Jag ansöker härmed om utbetalning av försäkringsersättningen enligt försäkringsvillkoren. Jag försäkrar att uppgifterna jag lämnat i denna skadeanmälan är riktiga. Jag förstår att försäkringsgivaren kan kräva återbetalning från mig om jag har lämnat felaktig information. Jag ger försäkringsgivarna AXA France IARD Sweden filial och AXA France Vie Sweden filial (bägge under namnet AXA) fullmakt och samtycke till att för min räkning begära och erhålla information från Försäkringskassa och arbetsgivare som skäligen kan behövas vid bedömningen av skadeanmälan. Om AXA skall begära hälsorelaterad information direkt från läkare och vårdinrättningar skall jag dock ges möjlighet att först ta ställning till detta och eventuellt lämna en särskild fullmakt. Jag förstår att jag på begäran ska sända de handlingar till AXA som kan krävas för bedömningen av skadeanmälan. AXA är ansvarig för lagring av data i enlighet med tillämplig lag. Om det förekommer fel i dina personuppgifter och om du vill att dessa skall rättas kan du skriftligen lämna in en sådan begäran till AXA. Jag försäkrar härmed att de uppgifter jag lämnat i skadeanmälan är riktiga och att jag har läst och förstått ovan godkännande och samtycke. Vänligen bekräfta din försäkras, ditt godkännande och samtycke genom att underteckna.

Datum:

Personnummer för den person som skadeanmälan gäller: -

Underskrift:

Namnförtydligande:

- Jag samtycker till att AXA får använda elektronisk kommunikation, såsom e-post, när personuppgifter sänds i detta ärende. Detta samtycke omfattar dock inte rätt att sända hälsorelaterad information och information om arbete elektroniskt mellan AXA och utomstående enheter.

För mer information kring AXAs sekretesspolicy ber vi dig besöka <https://se.clp.partners.axa/home-se/sekretesspolicy>.