

# Skadeanmälan

## Barnolycksfall

Innan du fyller i denna skadeanmälan och postar till oss vill vi informera dig om att du enkelt kan göra din anmälan online, 24 timmar om dygnet, 7 dagar i veckan. Via webben kan du sedan följa handläggningen av din anmälan.

[www.chubbclaims.se](http://www.chubbclaims.se)

**Skadenummer ( fylls i av Chubb )**

### Försäkringstagare

Försäkringsnummer

Försäkringstagares efternamn

Förnamn

Personnr

Yrke, Sysselsättning

Adress

E-mail

Postnr

Ort

Telefon arbete dagtid

Telefon bostad/mobil

Kontonummer inklusive clearingnummer

### Skadad person

Efternamn

Förnamn

Personnr

Adress

Postnr

Ort

Chubb. Insured.<sup>SM</sup>

Chubb European Group SE, filial Sverige är registrerat i Bolagsverkets näringslivsregister med organisationsnummer 516403-5601 och har besöksadress Birger Jarlsgatan 43, 111 45 Stockholm. Chubb European Group SE är ett försäkringsföretag reglerat av bestämmelserna i den franska försäkringslagen med organisationsnummer 450 327 374 RCS Nanterre och följande adress: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrike. Chubb European Group SE har ett till fullo betalt aktiekapital på 896 176 662 € och står under tillsyn av Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Den svenska filialen står även under tillsyn av Finansinspektionen.

Vi använder personuppgifter som du förser oss med för underwriting, administrering av försäkringsavtal, skadereglering och andra försäkringsrelaterade syften, som ytterligare beskrivs i vår Personuppgiftspolicy, tillgänglig på <https://www.chubbforsakringar.se/chubbs-personuppgiftspolicy/> eller genom att söka på Personuppgiftspolicy på <https://www.chubbforsakringar.se>. Du kan begära en papperskopia av Personuppgiftspolicy när som helst, genom att kontakta oss på [dataprotectionoffice.europa@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europa@chubb.com).

**Olycksfall**

När och var hände olyckan?

År

Mån

Dag

Klockan

Plats

Vilken kroppsskada uppstod?

När och var anlätades läkare för första gången?

År

Mån

Dag

Klockan

Plats

**Var har barnet behandlats?**

Ange namn och adress till samtliga vårdställen

**Vid tandskada på permanenta tänder skall intyg från tandläkare bifogas****Fullständig redogörelse för händelseförloppet vid skadetillfället****Vård av barn**

Namn på hemmavarande förälder

Vårdperiod

Diagnos

**Intyg från läkare och arbetsgivare skall bifogas**

## Övriga försäkringar

Berörs andra försäkringsbolag av det inträffade?

Ja, i försäkringsbolaget \_\_\_\_\_ Försäkringsnummer \_\_\_\_\_  Nej

Har anmälan gjorts även till annat försäkringsbolag?

Ja, till försäkringsbolaget \_\_\_\_\_ Skadenummer \_\_\_\_\_  Nej

Om skadan är en direkt följd av trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag.

## Sjukhusvistelse

### Alternativ 1

**Fyll i dina uppgifter samt bifoga läkarintyg från behandlande läkare tillsammans med din skadeanmälan.** Av läkarintyget ska det tydligt framgå antal dagar (datum fr o m och t o m) och anledning till sjukhusvistelsen.

### Alternativ 2

**Om inte läkarintyg bifogas, ska uppgifterna nedan ifyllas av behandlande läkare.**

Sjukhusets namn \_\_\_\_\_

Sjukhusvistelseperiod \_\_\_\_\_

Diagnos \_\_\_\_\_

Övriga upplysningar, prognos \_\_\_\_\_

**Arvode för intyget (fylls endast i om alternativ 2 gäller)**

Sätt kryss i lämplig ruta

Försäkringsbolaget är skyldigt att göra skatteavdrag på A-inkomst och betala sociala avgifter på utbetald ersättning för uppdrag till läkare anställd inom landstingets sjukvård/läkarhus eller liknande då uppdraget kan sägas vara personligt, beställt av bolaget samt utförts utom tjänsten och den enskilde läkaren är betalningsmottagare.

Är innehavare av F-skattsedel varför inget skatteavdrag ska göras och inga sociala avgifter ska betalas av bolaget.

Läkarens namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Bankkontonr/ Bankgironr	
Postnummer och ortnamn	Arvode kr	Kostnader kr	Summa kr

**Läkarens underskrift**

Datum	Namn-teckning
-------	---------------

**Underskrift**

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_ Telefon dagtid \_\_\_\_\_

**Anmälan skickas till**

Chubb European Group SE  
 Box 868, 101 37 Stockholm  
 Tel 08-692 54 20, Fax 08-692 54 10  
 Skador@chubb.com