

A. Uppgifter om den försäkrade

Förnamn och efternamn:	Försäkringsnummer:
Utdelningsadress:	Personnummer:
Har den försäkrade andra sjuk- och/eller olycksfallsförsäkringar? (inkl. gruppförsäkringar) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Postnummer och ort:
Har skadan anmälts till annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange försäkringsnummer och försäkringsbolagets namn:
	Om Ja ange vilket försäkringsbolag

B. Vårdnadshavare

Förnamn och efternamn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	Telefonnummer dagtid:
Postnummer och ort:	E-postadress:
Kontonummer för utbetalning av ev. ersättning (ange clearingnr och kontonummer):	

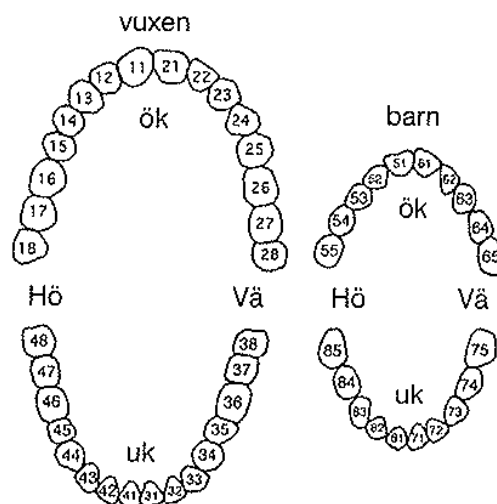
C. Vid tandskada

1. Vilken tandläkare har undersökt skadan och när?

2. Vilka tänder har skadats?

Mjölktänder Permanenta tänder

Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats:



2. Kompletterande upplysningar:

D. Vid olycksfallsskada

1. När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag)		<input type="checkbox"/> I förskola/skola/arbete <input type="checkbox"/> På väg till/från förskola/skola/arbete <input type="checkbox"/> På fritiden
2. Beskriv händelseförloppet detaljerat:		
3. Beskriv vilka kroppsskador som blev följden av olycksfallet:		
4. Finns risk för bestående ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
5. Har den försäkrade uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om Ja ange när ni uppsökte läkare?
6. Har den försäkrade varit inskrivet på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om Ja ange antal dagar som den försäkrade varit inskriven för vård.
Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat den försäkrade och/eller där den försäkrade varit inlagd.		
7. Är den försäkrade helt återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.	
8. Försäkringen kan lämna ersättning för skadade kläder, glasögon, hjälm, hörapparat och andra handikapphjälpmedel som skadats vid olycksfallet. En förutsättning är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling krävts. Specificera skadade föremål med omfattning på skadan, ålder och inköpspris. Bifoga ev. kvitton.		
9. Har skadan medfört andra kostnader t ex för resor till och från vård och behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
10. Har vårdbidrag från allmän försäkring sökts eller utbetalats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om Ja När söktes vårdbidraget? Bifoga ev. kopia av försäkringskassans beslut.
11. Hur stort vårdbidrag? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75		För vilken tidsperiod beviljades vårdbidraget? Fr o m (År, mån, dag) – T o m (År, mån, dag)

Fullmakt avseende skadereglering av anmäld skada

Fullmakten måste fyllas i för att vi ska kunna utreda den nu anmälda skadan och bedöma er rätt till ersättning.

Den försäkrades namn (Förnamn och efternamn)

Personnummer

Hantering av personuppgifter

De personuppgifter vi inhämtar om ditt barn/dig är nödvändiga för att vi ska kunna bedöma er rätt till ersättning enligt insänd skadeanmälan. WaterCircles kommer vid behandling av personuppgifter att iaktta stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet i enlighet med WaterCircles etiska regler. Uppgifterna vi har registrerade kan komma att lämnas vidare till samarbetspartner avseende reglering av den nu anmälda skadan.

Skriftligen kan ni begära att få ta del av de personuppgifter vi har registrerade om ert barn i våra register. Sådan begäran sänds skriftligen till:

WaterCircles Försäkring, Torshamnsgatan 35, 164 40 Kista.

Medgivande

Jag medger att WaterCircles får inhämta information såsom journaler, intyg, registerutdrag och andra handlingar om mitt barns/mig (vid myndig) hälso-, sjukskrivnings-, och inkomstförhållanden från läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, försäkringsbolag, och annan försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare som WaterCircles anser sig behöva för att kunna handlägga skadeanmälan avseende mitt barn/mig(vid myndigt barn). Fullmakten gäller till dess den återkallas eller ärendet avslutas. Återkallas fullmakten innan ärendet avslutats och WaterCircles inte tagit del av alla handlingar som krävs för att reglera skadan kommer skaderegleringen att avbrytas till dess ny fullmakt inkommer.

Ort och datum

Förnamn och efternamn

Namnförtydligande