



ace europe

Skadeanmälan  
Barnolycksfall

Skadenummer ( fylls i av ACE )

### Försäkringstagare

Försäkringsnummer

Försäkringstagares efternamn

Förnamn

Personnr

Yrke, Sysselsättning

Adress

E-mail adress

Postnr

Ort

Telefon arbete dagtid

Telefon bostad/mobil

Kontonummer inklusive clearingnummer

### Skadad person

Efternamn

Förnamn

Personnr

Adress

Postnr

Ort

### 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

### Var har barnets behandlats?

Ange namn och adress till samtliga vårdställen

VID TANDSKADA PÅ PERMANENTA TÄNDER SKALL INTYG FRÅN TANDLÄKARE BIFOGAS

VÄNLIGEN VÄND!



## 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/<br>Bankgironr |          |
| Postnummer och ortnamn      | Arvode kr    | Kostnader kr               | Summa kr |
| <b>Läkarens underskrift</b> |              |                            |          |
| Datum                       | Namnteckning |                            |          |

## Vårdnadshavarens underskrift - och fullmakt

Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning eller försäkringsbolag (inkl. allmän försäkringskassa) samt berörd polismyndighet får lämna försäkringsbolaget de upplysningar som bolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

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

Underskrift \_\_\_\_\_

## **Anmälan skickas till**

**ACE European Group**

**Box 868, SE-101 37 Stockholm**

**Tel 08-692 54 50, Fax 08-692 54 10**

**E-mail: [skador@ace-ina.com](mailto:skador@ace-ina.com)**



**ace europe**

ACE European Group UK Limited filial Sverige, Klarabergsviadukten 90, Box 868, SE-101 37 Stockholm  
Tel 08-692 54 50, Fax 08-692 54 10, [skador@ace-ina.com](mailto:skador@ace-ina.com)

Försäkringsbolag under tillsyn av Finansinspektionen, Org nr 516403-5601

Huvudkontor: ACE European Group Limited, Aktiebolag, registrerat i England, registreringsnummer 1112892  
100 Leadenhall Street, London EC3A 3BP, UK