



Skadenummer  
(Ifylles av AIG)

Skadeanmälan skickas till:  
AIG Europe Limited  
Skadeavdelningen  
Box 3506, 103 69 Stockholm  
Tel +46 8 506 920 20  
Fax +46 8 506 920 90  
E-mail [claims.sweden@aig.com](mailto:claims.sweden@aig.com)

Organisations nummer:  
516408-1027

## SKADEANMÄLAN – Olycksfall – Sport

### FÖRSÄKRINGSTAGARE

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Organisationsnummer     | Försäkringsnummer |
| Förbundet/Klubbens namn | Tränare           |
| Postadress              | Postnr och ort    |

### ANMÄLARENS UPPGIFTER

|                                                                                                          |                                                                                                                      |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Efternamn                                                                                                | Förnamn                                                                                                              |                                                                                                      |
| Personnummer                                                                                             |                                                                                                                      |                                                                                                      |
| Bostadsadress                                                                                            | Postnr och postadress                                                                                                |                                                                                                      |
| Telefonnummer                                                                                            | E-mail <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail                                          |                                                                                                      |
| Eventuell ersättning utbetalas till:                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                      |
| Bankens namn                                                                                             | <input type="checkbox"/> Bankkonto inkl clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro |                                                                                                      |
| Namn om annan betalningsmottagare än försäkringstagaren                                                  |                                                                                                                      |                                                                                                      |
| Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                        | Bolag                                                                                                                | Vilken typ av försäkring<br><input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan |
| Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Bolag                                                                                                                | Skadenummer                                                                                          |

### OLYCKSFALL

|                                                                |                                                                                                                                                                      |                              |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| I vilket land inträffade olycksfallet?                         | Datum                                                                                                                                                                | Tidpunkt för inträffad skada |
| Vilken kroppsskada har ni ådragit er på grund av olycksfallet? | När inträffade olycksfallet<br><input type="checkbox"/> Under träning <input type="checkbox"/> Under tävling <input type="checkbox"/> Resa till/från träning/tävling |                              |
| Hur gick olycksfallet till?                                    |                                                                                                                                                                      |                              |
|                                                                |                                                                                                                                                                      |                              |
|                                                                |                                                                                                                                                                      |                              |
|                                                                |                                                                                                                                                                      |                              |
|                                                                |                                                                                                                                                                      |                              |
|                                                                |                                                                                                                                                                      |                              |
|                                                                |                                                                                                                                                                      |                              |

|                               |                                                                                             |                                                                                            |               |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| När och var anlätades läkare? | Datum                                                                                       | Läkare                                                                                     | Telefonnummer |
| Inlagd på sjukhus             | Från datum                                                                                  | Till datum                                                                                 |               |
| Har ni blivit sjukskriven?    | Har ni ordinerats sängläge? Går<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Går ni fortfarande på behandling?<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nej |               |
| Befaras framtida men?         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej<br><input type="checkbox"/> Nej | Vid ja, vilken typ?                                                                        |               |

ERSÄTTNINGSANSPRÅK (BIFOGA KVITTON I ORIGINAL)

|       | Belopp |
|-------|--------|
|       |        |
|       |        |
|       |        |
|       |        |
|       |        |
|       |        |
|       |        |
| SUMMA |        |

UNDERSKRIFT – OBLIGATORISK

Fullmakt för AIG Europe (AIG) att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, Skatteverket eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till AIG. Fullmakten innefattar även rätt för AIG att delge erforderlig information till försäkringskassan.

AIG är personuppgiftsansvarig för personuppgiftsbehandlingen till följd av ditt skadeärende. AIG har skyldighet att självmant lämna dig information om de personuppgifter vi behandlar och vill således göra dig uppmärksam på följande. Ändamålet med behandlingen av dina personuppgifter är försäkringsadministration och skadeutredning rörande eventuell utbetalning av försäkringsersättning. Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss. Personuppgifterna kommer inte att användas till direkt marknadsföring och kommer inte heller att röjas till tredje part för marknadsföring. Har skadehändelsen inträffat i ett annat land eller rör den en utländsk försäkring eller i vissa fall pågrund av försäkringsadministration kan dina personuppgifter komma att överföras till ett AIG kontor i ett annat land. Dina personuppgifter kan även komma att överföras till ett eventuellt ombud eller en sakkunnig om detta är nödvändigt för utredningen av ditt ärende. Personuppgifterna kan även komma att användas i statistikutskick till ditt företag eller ansvarig försäkringsmäklare. Den kategori av personuppgifter som kommer att behandlas är sådana personuppgifter som ligger till grund för att beslut skall kunna fattas gällande ditt skadeärende. Detta är således namn, adress, andra kontaktuppgifter, omständigheterna kring skadehändelsen/sjukdomen/olycksfallet, personnummer, kontouppgifter samt efter samråd med dig eventuellt läkarjournaler. Du har rätt att en gång årligen gratis efter ansökan hos oss erhålla information om vilka av dina personuppgifter vi behandlar. Om du önskar ta kontakt med oss med anledning av detta eller för att du önskar att några av dina personuppgifter skall rättas till följd av att dessa är felaktiga eller missvisande finner du AIG kontaktuppgifter överst på denna blankett tillsammans med vårt organisationsnummer.

Genom att lämna dina personuppgifter till AIG i samband med din skadeanmälan samtycker du till insamling och bearbetning (inklusive röjande och internationell överföring) av dina personuppgifter som anges i vår Integritetspolicy som finns tillgänglig på [www.aig.se/se-integritetspolicy](http://www.aig.se/se-integritetspolicy) och från AIG Europe Limited, Box 3506, 103 69 Stockholm. I den utsträckning som du lämnar personuppgifter om någon annan individ intygar du att du har befogenhet att röja hans eller hennes personuppgifter till AIG att du har lämnat information till individen om innehållet i AIG Integritetspolicy.

Jag samtycker till att AIG behandlar personuppgifter om mig i enlighet med det ovanstående.

Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga och sanningsenliga.

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| Ort och datum                        | Namnteckning      |
| Målsman/vårdnadshavare om minderårig | Namnförtydligande |