

1. Uppgifter om patienten

Namn:	Personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX):
Adress (gatuadress, postnummer, ort):	
Telefonnummer dagtid (inklusive riktnummer):	E-postadress:
Yrke/sysselsättning och arbetsgivare:	
Bank:	Kontonummer inklusive clearingnummer:

2. Vårdinrättning

Namnet på vårdinrättning där behandlingen som orsakade skadan utfördes:		
Adress till ovanstående vårdinrättning:		
Namn och adress till övriga vårdgivare som har uppsökts på grund av skadan:		
När utfördes behandlingen som orsakade skadan? (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Inlagd på sjukhus när skadan inträffade? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. – t.o.m.: _____

3. Försäkringsfrågor

När skadan inträffade gavs vård på grund av: <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken: _____	
Har anmälan gjorts till Trygghetsförsäkring vid arbetskada (AFA Försäkring)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag? _____	Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag? _____

Har anmälan gjorts till olycksfallsförsäkring för fritidsskada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket bolag? _____	Har anmälan gjorts till annan försäkring, till exempel läkemedelsförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket bolag? _____
---	--

4. Vilken skada anmäls och varför?

Redogörelsen kan fortsätta på separat bilaga.

5. Behandling av personuppgifter

För att kunna handlägga och reglera ditt skadeärende samt för att uppfylla våra juridiska skyldigheter enligt patientskadelagen (1996:799) behöver Protector registrera, behandla och spara dina uppgifter. Vid behov kan även Protectors anlitade oberoende medicinska rådgivare komma att ta del av din anmälan och den medicinska utredningen i ärendet. I vissa fall är Protector skyldigt enligt lag att lämna ut uppgifterna till olika myndigheter, t.ex. Skatteverket och Kronofogden. All behandling av personuppgifter sker i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och hanteras konfidentiellt. Personuppgiftsansvarig är Protector Forsikring ASA. Besök gärna vår hemsida för mer information om Protectors hantering av personuppgifter.

6. Underskrift inklusive samtycke till behandling av personuppgifter

Genom underskriften nedan är jag införstådd i att Protector behöver behandla nödvändiga och relevanta uppgifter för att kunna hantera ärendet, inklusive känsliga personuppgifter såsom hälsouppgifter. Jag ger härmed Protector mitt samtycke till att behandla de uppgifter i skadeanmälan som är nödvändiga och relevanta för att ta ställning i mitt ärende och beräkna eventuell ersättning. Om det är nödvändigt att inhämta ytterligare hälsouppgifter om mig, kommer Protector att be om ett nytt uttryckligt samtycke för det aktuella inhämtandet. Samtycket kan när som helst återkallas genom att kontakta Protector per brev eller e-post, och vår behandling av personuppgifterna kommer då att upphöra.

Genom underskriften lämnas samtycke till att:

- personuppgifter och uppgifter om den anmälda skadan får behandlas av Protector Försäkring Sverige, filial av Protector Forsikring ASA (Protector Försäkring), organisationsnummer 516408-7339
- handlingar, innehållande personuppgifter och hälsouppgifter, får delges medicinsk rådgivare för utredning av anmäld skada.
- skadeanmälan och Protector Försäkrings beslut om patientskada får delges sjukvårdshuvudmannen och berörd vårdinrättning för att de ska kunna förbättra sitt patientsäkerhetsarbete.

Ort och datum:	Namnförtydligande (den skadade/vårdnadshavare):
Underskrift (den skadade/vårdnadshavaren):	
Ombud/god mans/förvaltares namnförtydligande och underskrift, om sådan finns (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas):	

Skadeanmälan skickas till:

Protector Försäkring Sverige

Västra Trädgårdsgatan 15, 111 53 Stockholm

Telefon: 08-410 637 00