

Patientförsäkring

1 Uppgifter om patienten

Namn

Personnummer (år, mån, dag, nr)

Gatuadress

Ortsadress (postnr och ortnamn)

Telefon (även riktnr) mobil, arbete, bostad

E-post

Yrke/sysselsättning

Arbetsgivare

2 Vårdinrättning

Namnet på det sjukhus/primärvård/tandvårdsklinik där behandlingen som orsakade skadan utfördes

Klinikens namn

Har behandlingen skett på remiss? Ja Nej

Om ja, från vem?

Namn och adress på **alla** övriga vårdgivare du har uppsökt p.g.a. skadan. Ange **alltid** klinikens namn på sjukhuset.

När utfördes behandlingen som orsakade skadan?

År

Mån

Dag

Var Du inlagd på sjukhus när skadan inträffade?

Nej Ja

Sjukskriven?

Ja Nej

Om ja, ange fr.o.m. – t.o.m.

6 Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort

Datum

Namn-teckning

Namnförtydligande

7 Information enligt personuppgiftslagen (PuL)

PuL innehåller regler beträffande behandling av personuppgifter. Lagens syfte är att skydda Din personliga integritet. För att kunna fullgöra försäkringsavtalet och våra åtaganden behöver vi bearbeta personuppgifter om Dig. Det är uppgifter såsom i förekommande fall Ditt hälsotillstånd. Uppgifterna lämnar Du i första hand själv, men vi kan även behöva inhämta uppgifter från till exempel försäkringskassan, arbetsgivare, myndigheter eller läkare. Personuppgifterna kan komma att behandlas av andra som vi samarbetar med för att fullgöra vårt

uppdrag samt av högre instans vid överprövning av vårt beslut om ersättning. Vi kan även behöva lämna ut uppgifter som myndigheter begär att få del av. Alla uppgifter om Dig behandlas konfidentiellt. Du har rätt att få information om de personuppgifter som finns om Dig och även begära rättelse av felaktiga uppgifter. En sådan skriftlig begäran framställs till Zurich Insurance plc (Irland), Filial Sverige, Linnégatan 5, Box 5069, 104 42 Stockholm. Ansökan ska vara egenhändigt undertecknad.