

Ifylls av Länsförsäkringar

Personnummer

Skadenummer

Arbetsgivarens/Föreningens uppgifter (Ifylls alltid)

Namn enligt försäkringsbrev	Organisationsnummer	Gruppavtal nummer	Telefonnummer dagtid
-----------------------------	---------------------	-------------------	----------------------

Person- och kontaktuppgifter gruppledare (Ifylls alltid)

Gruppledarens namn	Personnummer	Telefonnummer dagtid
e-post	Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> e-post <input type="checkbox"/> Brev	

Person- och kontaktuppgifter medförsäkrad (Fylls i bara om anmälan avser medförsäkrad)

Medförsäkrads namn	Personnummer	Telefonnummer dagtid
e-post	Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> e-post <input type="checkbox"/> Brev	

Kontouppgifter till den skadade

Clearingnummer	Kontonummer	Kontohavare
Bankgiro	Postgiro	Betalningsavi <input type="checkbox"/> Postgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro

Uppgifter om olycksfallet

Vilket datum hände olycksfallet?	<input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> På arbetet <input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet	
Var befann du dig när olycksfallet hände och hur gick det till?		
Vilken kroppsskada blev följden?		
Datum för första läkar-/tandläkarbesök	Ange namn och adress till samtliga vårdinrättningar du har varit hos	
Har du varit sjukskriven på grund av olycksfallet?* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Är du färdigbehandlad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Förväntar du dig kvarstående besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dödsfallsdatum**
Har denna kroppsdel varit skadad förut? Ange när och hur.		

* Skicka med sjukintyg

** Skicka med dödsfallsintyg.

FörsäkringsgivareLänsförsäkringar Grupp-livförsäkringsaktiebolag (publ) org.nr 516401-6692
Länsförsäkringar Sak Försäkringsbolag (publ) org.nr 502010-9681**Telefon**
08 -588 424 12**E-postadress**
skada.grupp@lansforsakringar.se**Webb**
www.lansforsakringar.se/grupp

Uppgift om annan försäkring (Besvaras alltid)

Har du flera olycksfallsförsäkringar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Försäkringsbolag	Är olycksfallet anmält dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Omfattas du av Trygghetsförsäkring vid arbetskada?*			Är olycksfallet anmält till AFA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Uppgifter om fordon och trafikförsäkring.*	Registreringsnummer	Försäkringsbolag	Är olycksfallet anmält dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du fått ersättning för olycksfallet från dessa försäkringar? I så fall från vilken försäkring?			

*Vid arbets- eller trafikskada ska kostnader ersättas av AFA Trygghetsförsäkring eller trafikförsäkringsbolaget. Tandskada i arbetet ska ersättas av Försäkringskassan.

Förstörda kläder / hjälm / glasögon

Skicka med originalkvitton eller kontoutdrag på det som är förstört samt uppgift om vad likvärdig vara kostar idag.

Personuppgiftslagen (PUL)

De personuppgifter du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om hur vi behandlar personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats, www.lansforsakringar.se

Underskrift av den skadade

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Gruppföreträdarens uppgifter om olycksfallsförsäkring vid självadministrerande avtal

Gruppmedlem	Ansluten är	Månad	Betald till	Medförsäkrad	Ansluten är	Månad	Betald till	Antal prisbasbelopp
<input type="checkbox"/>	Fr o m T o m			<input type="checkbox"/>	Fr o m T o m			

Gruppföreträdarens underskrift

Datum	Gruppföreträdarens namnteckning	Gruppföreträdarens namnförtydligande
-------	---------------------------------	--------------------------------------

Vår postadress är:

Länsförsäkringar AB
Hälsa
Skador
FE 1650
838 83 Frösön