

**Besvaras alltid**

Arbetsgivarens/föreningens namn		Gruppavtal nr	Telefonnummer (även riktnr)
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
<b>Försäkringstagare</b>			
Anmälan avser: <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad			
Gruppmedlems namn (ifylls alltid)		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
<b>Medförsäkrad</b>			
Medförsäkrads namn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)		Personnummer	
<b>Utbetalning</b>			
Önskas insatt på <input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
Önskas insatt på <input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonummer		

När inträffade olycksfallet? (år-mån-dag)	Klockslag	<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet	<input type="checkbox"/> På fritiden
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Vilken kroppsskada blev följden?				
Har denna kroppsdel varit utsatt för skada tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", när och på vilket sätt?		Befaras framtida besvär eller invaliditet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

**Ersättningsanspråk**

OBS! Kostnader för resor i samband med vård och behandling ska i första hand betalas av landstinget. Uppgifter om kostnader ska styrkas med originalkvitton eller landstingets "intyg om utbetald sjukvårds-/reseersättning"

Vid trafikskada ska kostnader ersättas genom trafikförsäkring. Vid arbetsskada ska kostnader ersättas av AFA om du omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA).

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Total kostnad	Ersattt av försäkringskassa eller landsting	Återstående belopp	Bilaga nr
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Blanketten skickas till:  
 Företagarnas Försäkringsservice  
 Box 9600  
 117 91 Stockholm

När anlätades läkare? Datum	Läkarens namn och adress		
Vilken läkare anlitas nu? Läkarens namn och adress			
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket?		
Under vilka tider?	Fr o m	T o m	
Har olycksfallet föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Delvis	Fr o m	T o m	
Helt arbetsför/Ditt nuvarande hälsotillstånd?	Helt återställd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m	
Har du annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", i vilket bolag?	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vid arbetsskada: Omfattas du av trygghetsförsäkring (TFA) hos AFA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Underskrift

<ul style="list-style-type: none"> <li>! Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.</li> <li>! Jag förbinder mig att underrätta Länsförsäkringar om olycksfallsskadan anmäls till försäkringskassan, AFA/TFA eller motsvarande.</li> <li>! Vidare är jag medveten om att ersättning som utbetalas till mig genom gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA/TFA eller motsvarande).</li> </ul>		
Ort och datum	Telefon/mobilnummer	E-post
Namn-teckning	Namnförtydligande	

## Personuppgiftslagen (PuL)

De personuppgifter som du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om vår behandling av personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats [lansforsakringar.se](http://lansforsakringar.se).

## Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade).

<b>Olycksfallsförsäkring</b>					
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	Ansluten år	Månad	<input type="checkbox"/> Medförsäkrad	Ansluten år	Månad
<input type="checkbox"/> Heltid	Invaliditetskapital	<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg - heltid	Invaliditetskapital	<input type="checkbox"/> Fritid (goff)	Sveda och värk ingår <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			<input type="checkbox"/> Krisförsäkring ingår		

## Gruppföreträdarens underskrift

Ort och datum	
Gruppföreträdarens namnteckning	Gruppföreträdarens namnförtydligande