

När anlätades läkare?	Datum	Läkarens namn och fullständiga adress	
Vilken läkare behandlar dig nu?	Läkarens namn och fullständiga adress		
Har du vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket? När? fr o m t o m	<input type="checkbox"/> Nej
Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Är dessa besvär anmälda som arbetsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du varit sjukskriven på grund av olycksfallet? Läkarintyg måste bifogas.	<input type="checkbox"/> Ja, helt	fr o m t o m	<input type="checkbox"/> Nej
	<input type="checkbox"/> Ja, till tre fjärdedelar	fr o m t o m	
	<input type="checkbox"/> Ja, till hälften	fr o m t o m	
	<input type="checkbox"/> Ja, till en fjärdedel	fr o m t o m	
Är du fullt arbetsför nu?	<input type="checkbox"/> Ja, sedan den		<input type="checkbox"/> Nej
Har du olycksfallsförsäkring i annat bolag?	<input type="checkbox"/> Ja	Bolag _____ Försäkringsnummer _____	<input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Behandling av personuppgifter

Förenade Livs verksamhet är grupp-försäkring och står under tillsyn av Finansinspektionen. Personuppgifterna används för förvaltning av gruppavtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – såsom premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Förenade Livs etiska regler.

Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration och information.

Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta Kundtjänst. Vill du beställa utdrag ur Förenade Livs register skriv till: Registerutdrag, Förenade Liv, 106 60 Stockholm.

Underskrift

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag medger** att läkare, sjukhus, annan vårdinrättning och Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna försäkringsbolaget de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.
- Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmäls till Försäkringskassan, AFA/TFA eller motsvarande.
- Jag är medveten om att ersättning som utbetalats till mig från gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada.

Datum	Namnteckning	Telefon dagtid (även riktnr)
-------	--------------	------------------------------

Obs! Utgifterna ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.

Uppgifter från företrädare för självadministrerade grupper Olycksfallsförsäkring, på dagen för olycksfallet

<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Fritid	<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg 1, heltid	<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg 2, heltid
Premien betald till den	Om premien inte var betald vid tiden för olycksfallet, gällde då förskydd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	efterskydd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Övriga upplysningar			
Datum	Gruppföreträdarens underskrift		