

Ifylld blankett med originalverifikationer sänds till Företagarnas Försäkringsservice

A) Kundinformation	
(För att påskynda handläggningen av ditt ärende är det viktigt att du fyller i samtliga fält på blanketten!)	
Namn (skadelidande)	Personnr
Gruppmedlem (om annan än ovan)	Gruppmedlemmens personnr
Försäkringsnr	Skadenr (endast vid komplettering av tidigare reglerat skadeärende)
Utdelningsadress	Postnr och ort
Telefonnr	E-post

B) Redogörelse för vad som hänt	
Datum för när sjukdom/ skada uppstod	år mån dag Skadeplats (vid olycksfall)
När anlätades läkare första gången för detta besvär	år mån dag Ange vårdinrättning och läkare
Har du anlitat läkare för liknande besvär tidigare? Om "Ja" ange vårdinrättning och läkare.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej första läkarbesöket år mån dag <input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat
	senaste läkarbesöket år mån dag <input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat
Vilken vårdcentral tillhör du? Ange namn, adress och telefon.	
Har du fått ersättning genom försäkring för dessa besvär tidigare?	Om "ja", ange försäkringsbolag och datum
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	år mån dag
Beskriv nedan vad som hänt. Ange händelseförlopp och övriga omständigheter	

C) Övriga uppgifter

Vid olycksfall, var inträffade det? på arbetet på väg till eller från arbetet på fritiden

Vid olycksfall, vilken kroppsskada blev följden?

Vid sjukdom, ange diagnos

Om du skadade dig under tillfällig vistelse utanför Sverige - när reste du från Sverige?

Har du hemförsäkring med reseskydd, alt. annan rese- eller tjänstereseförsäkring?

Ja

Om ja, ange självrisk _____

Nej

När avslutades behandlingen för sjukdomen/När var du återställd från olycksfallet?

Jag är inte färdigbehandlad/jag är inte återställd

Är värden förmedlad via Företagarnas sjukvårdsupplysning?

Ja Nej

D) Utbetalning

Önskas insatt på

Postgiro

Clearing- och kontonr

Bankkonto

Bankgiro

E) Kostnader. OBS! Utgifterna styrkes med originalverifikationer

Summa utlägg enligt bifogade originalverifikat

F) Övriga upplysningar

G) Underskrift

Fullmakt för Länsförsäkringar/Företagarnas Försäkringsservice att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket samt andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömningen av min rätt till ersättning. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandlingar. Undertecknad som är skadelidande, alt. vårdnadshavare till minderårigt skadelidande barn, medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Länsförsäkringar/Företagarnas Försäkringsservice.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande