

Skadeanmälan

GARANT Anställd

avtal 1416

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
Försäkringsnr	Skadenr vid komplettering
Utdelningsadress	Postnr och ort
Telefonnr (dagtid)	Telefonnr (kvällstid)

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

C) Övriga uppgifter

Inträffade olycksfallet/sjukdomen 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?

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

Jag är inte återställd

Har du annan sjukvårds- eller olycksfallsförsäkring?

Ja Vilket bolag? _____ Försäkringsnr _____ Är skadan anmäld dit? Ja Nej

Nej

Är vården förmedlad via Företagarnas sjukvårdsupplysning?

Ja Nej

D) Utbetalning

Önskas insatt på

Bankkonto

Personkonto

Clearing- och kontonr

E) Kostnader. OBS! Utgifterna styrkes med originalverifikationer

Datum för behandlingen	Utgifternas art (läkararvode, resor, etc.)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassa/landsting

F) Övrigt

Fullmakt för Trygg Hansa/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. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Trygg Hansa/Företagarnas Försäkringsservice.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande