

Gruppförsäkring Kris-/Händelseförsäkring	Avtalsnr och namn på org./företag
Blanketten skickas till: Företagarnas Försäkringsservice Telefon Box 9600 08-406 17 77 117 91 Stockholm	

Anmälan avser Krisförsäkring Händelseförsäkring

Personuppgifter

Gruppmedlemmens förnamn	Efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon arbete	Telefon hem		

Krisförsäkring – (korttidsterapi hos leg. psykolog)

Vad är orsaken till terapibehandling?

Olycksfallsskada Sjukdom Nära anhörigs död Överfall, hot, rån eller våldtäkt som har polisanmälts

När inträffade händelsen? Vad hände?

Är skadan orsakad av arbete Ja Nej

Händelseförsäkring (något av nedanstående sjukdomstillstånd där diagnosen är fastställd och säkerställd av läkare)

Alopecia Bechterews sjukdom Multipel scleros (MS)
 Alzheimers sjukdom Benign hjärntumör (godartad) Parkinsons sjukdom
 Amyotrofisk Lateral Scleros (ALS) Kronisk inflammatorisk tarmsjukdom Sjukdom orsakad av blod- eller plasma-transfusion)
 Anorexi och/eller Bulimi Malign sjukdom (cancer) Systemisk lupus erythematosus (SLE)

När märktes de första symtomen?

När anlätades läkare för första gången för denna sjukdom?

Sjukhusets/klinikens namn och ort

P 00958 07.12

Försäkrads underskrift

Jag försäkrar härmed att av mig lämnade uppgifter på sidan 1 och 2 är riktiga och fullständiga. Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdinrättning samt den eller de läkare som behandlar eller tidigare behandlat mig får lämna Trygg-Hansa alla för bedömning av mina ersättningskrav erforderliga uppgifter om mitt hälsotillstånd.

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Uppgifter för utbetalning av ersättning

Clearingnummer (4 siffror)	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fylls i av gruppföreträdare för självadministrerade gruppavtal

När anslöts gruppmedlem till olycksfallsförsäkringen?	Premien betald vid skadetillfället
<input type="text"/> ÅA/MM/DD	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om premien inte var betald vid olycksfallet, gällde då förskydd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej efterskydd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Gruppmedlem premiefriad?	
<input type="checkbox"/> Ja Fr.o.m. vilket datum <input type="text"/> ÅA/MM/DD	
Övriga upplysningar	
Datum (ÅÅMMDD)	Gruppföreträdarens underskrift och telefonnummer
<input type="text"/>	