

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

Personuppgifter

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

Anmälan avser olycksfall

När inträffade olycksfallet? (År, månad, dag och klockslag)		
-	<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> Vid färd till/från arbetet
		<input type="checkbox"/> På fritid
Hur gick det till?		
Vilken kroppsdel skadades?		
Datum när läkare anlätades (ÅÅMMDD)	Vilket sjukhus eller vilken vårdcentral söktes?	
-		
Har du vårdats på sjukhus?	Vilket sjukhus?	fr. o. m – t. o. m. (ÅÅMMDD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		-
Finns risk för kvarstående besvär eller ärr?	Är behandlingen avslutad?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja den - (år, månad och dag)	
Har den skadade kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? (ÅÅMMDD)	Vilket sjukhus eller vilken vårdcentral söktes?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. I så fall när då? -		
Finns ytterligare Olycksfallsförsäkring i Trygg-Hansa eller annat bolag?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", vilket försäkringsbolag:		
Har du varit sjukskriven på grund av olycksfallsskadan?	fr. o. m – t. o. m. (ÅÅMMDD)	Omfattning
	-	%
Sjukskrivningsintyg bifogas	fr. o. m – t. o. m. (ÅÅMMDD)	Omfattning
	-	%
Är du fullt arbetsför nu? (ÅÅMMDD)		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan den -		

P 00957 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. Jag förbinder mig att underrätta Trygg-Hansa om olycksfallsskadan anmäls till försäkringskassan, Afa/TFA eller motsvarande. Vidare är jag medveten om att ersättning som utbetalas till mig genom försäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (Afa/TFA eller motsvarande).	
Ort och datum	Namnteckning

