

Ifylls av försäkringsbolaget

Personnummer

Skadenummer

**Försäkringstagarens uppgifter**

Namn enligt försäkringsbrev	Organisationsnummer	Telefonnummer dagtid
-----------------------------	---------------------	----------------------

Härmed intygas att den skadade är medlem i organisationen/föreningen och att olycksfallet hänt under verksamhet som omfattas av försäkringen.

Datum	Underskrift av ansvarig
-------	-------------------------

**Person- och kontaktuppgifter på den skadade**

Namn		Personnummer
Är du anställd hos försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Telefonnummer dagtid
e-post		Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> e-post <input type="checkbox"/> Brev
Clearingnummer	Kontonummer	Kontohavare
Bankgiro	Postgiro	Betalningsavi <input type="checkbox"/> Postgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro

**Uppgifter om olycksfallet**

Vilket datum hände olycksfallet?		
<input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> På arbetet <input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet		
Var befann du när olycksfallet hände och hur gick det till?		
Vilken kroppsskada blev följden?		
Datum för första läkar-/tandläkarbesök	Ange namn och adress till samtliga vårdinrättningar du har varit hos	
Har du varit sjukskriven på grund av olycksfallet?* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Är du färdigbehandlad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Förväntar du dig kvarstående besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dödsfallsdatum**
Har denna kroppsdel varit skadad förut? Ange när och hur.		

\* Skicka med sjukintyg

\*\* Skicka med dödsfallsintyg.

**Försäkringsgivare**

 Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ) org.nr 516401-6692  
 Länsförsäkringar Sak Försäkringsbolag (publ) org.nr 502010-9681

**Telefon**  
 08 -588 424 12

**E-postadress**  
 skada.grupp@lansforsakringar.se

**Webb**  
 www.lansforsakringar.se/grupp

### Uppgift om annan försäkring (Besvaras alltid)

Har du flera olycksfallsförsäkringar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsbolag	Är olycksfallet anmält dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Omfattas du av Trygghetsförsäkring vid arbetsskada?*		Är olycksfallet anmält till AFA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Omfattas du av trafikförsäkring?*	Försäkringsbolag	Är olycksfallet anmält dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Registreringsnummer	

\*Vid arbets- eller trafikskada ska kostnader ersättas av AFA Trygghetsförsäkring eller trafikförsäkringsbolaget. Tandskada i arbetet ska ersättas av Försäkringskassan.

### Förstörda kläder / hjälm / glasögon

Skicka med originalkvitton eller kontoutdrag på det som är förstört samt uppgift om vad likvärdig vara kostar idag.

### Personuppgiftslagen (PUL)

De personuppgifter du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om hur vi behandlar personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats, [www.lansforsakringar.se](http://www.lansforsakringar.se)

### Underskrift

Ort och datum	Namnteckning	
Utdelningsadress om annan än folkbokföringsadress	Postnummer	Postort

### Vår postadress är:

Länsförsäkringar  
Hälsa Skador Team 2  
106 50 Stockholm