



Försäkringstagare

Namn enligt försäkringsbrev	Person-/Organisationsnummer	Telefonnummer (inkl riktnr)
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Skadeanmälan

Försäkringsnr

Olycksfall

Sjukdom

Skadad/sjuk

Namn	Personnummer	Yrke
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Tfn arbete (inkl riktnr)	Tfn bostad (inkl riktnr)	Arbetsgivarens eller det egna företagets namn
<input type="checkbox"/> Egen företagare <input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Ej yrkesverksam Organisations-/föreningstillhörighet (fylls i i förekommande fall)		Härmed intygas att den skadade är medlem i organisationen/föreningen och att olycksfallet hänt under verksamhet som omfattas av försäkringen Datum _____ Underskrift _____

Allmänna uppgifter

När inträffade olycksfallet/sjukdomen?	År Månad Dag	<input type="checkbox"/> I arbetet/skolan <input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet/skolan <input type="checkbox"/> På fritid
Vilken dag avbröts arbetet/skolan p g a skadan/sjukdomen?	År Månad Dag	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis
När anlätades läkare?	År Månad Dag	Läkarens och vårdinrättningens namn och adress
Vilken läkare behandlar dig nu?	Läkarens och vårdinrättningens namn och adress	
Var vårdas du?	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> På sjukhus	Vilket sjukhus? _____ Beräknad vårdtid _____
Hur länge anser läkaren att arbetsoförmåga kommer att vara?	Bifoga sjukskrivningsintyg	
Har läkarbehandlingen avslutats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	År Mån Dag
Har du andra olycksfalls- eller sjukförsäkringar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag _____ Försäkringsnr _____ Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du tidigare fått ersättning för olycksfall eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När? _____ Varifrån? _____

Olycksfall

Var hände olyckan?		
Händelseförlopp och övriga omständigheter		
Vilken kroppsskada har blivit följderna?	Skada _____	Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", när? _____ På vilket sätt? _____
Omfattas du av trygghetsförsäkring eller liknande försäkring?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", vilka? _____

Sjukdom

Sjukdomens namn		
När märktes första symtomen?		
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", när? _____
	Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Ersättningsanspråk

OBS! Kostnader för resor i samband med vård och behandling ska i första hand betalas av landstinget.
Utgifter ska styrkas med **originalkvitton** eller landstingets "Intyg om utbetald sjukvårdsersättning".

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Totalkostnad	Ersätts av försäkringskassa eller landsting	Återstående belopp	Verifikation nr

Skadad löseegendom ersätts i vissa fall, se försäkringsbrev och villkor	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpspris	Ersättningsanspråk i kr

Ersättning utbetalas till

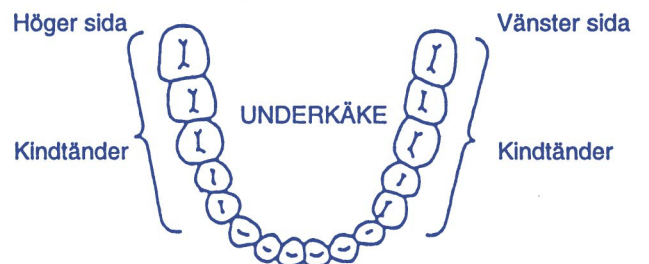
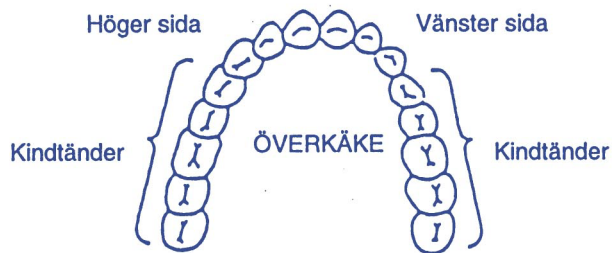
Namn	Utdelningsadress, postnr och postort	
Utbetalning önskas insatt på:	Clearingnr	Ange vilken bank
<input type="checkbox"/> Bankkontonr		
<input type="checkbox"/> Personkontonr		

Besvaras vid tandskada

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Mjölktänder

Permanenta tänder



Underskrift (om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa får lämna Länsförsäkringar de upplysningar om mitt/barnets hälsotillstånd som Länsförsäkringar anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Ort och datum

Namnteckning

Telefonnummer bostad (inkl riktnr)

Telefonnummer arbete (inkl riktnr)

Om den försäkrade inte själv är i stånd att skriva under anmälan, bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom om fallet.