

Försäkringsnr

Försäkringstagare

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Namn enligt försäkringsbrev | Person-/Organisationsnummer | Telefonnummer (även riktnr) |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

Skadad

| | | | |
|--|------------------------------------|---|-------------|
| Namn | | Personnummer | Yrke |
| Utdelningsadress | | Postnummer och ort | |
| Telefonnummer arbetet (även riktnr) | Telefonnummer bostad (även riktnr) | Arbetsgivarens eller det egna företagets namn | |
| <input type="checkbox"/> Egen företagare | <input type="checkbox"/> Anställd | Härmed intygas att den skadade är medlem i organisationen/föreningen och att olycksfallet hänt under verksamhet som omfattas av försäkringen. | |
| <input type="checkbox"/> Ej yrkesverksam | | Datum | Underskrift |

Allmänna uppgifter

| | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|-------|--|---|------------------------------------|
| När inträffade olycksfallet? | 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 på grund av skadan? | 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 | | | | | |
| Har läkarbehandlingen avslutats? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | År | Mån | Dag | |
| Har du andra olycksfallsförsäkringar? | <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? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | När? | Varifrån? | | |

Olycksfallsuppgifter

| | | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---|--|
| 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 vid arbetsskada hos AFA? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <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".

Vid trafikskada ska kostnader ersättas genom trafikförsäkringen. Vid arbetsskada ska kostnader ersättas av AFA om du omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA).

| 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 | | Postnummer och ort | |
| Utbetalning önskas insatt på | Ange vilken bank | Clearingnr | Kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Bankkonto | | | |
| Utbetalning önskas insatt på | Kontonummer | | |
| <input type="checkbox"/> Personkonto | | | |

Besvaras vid tandskada

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

Höger sida Vänster sida

Kindtänder ÖVERKÅKE Kindtänder

Höger sida Vänster sida

Kindtänder UNDERKÅKE Kindtänder

Personuppgiftslagen (PuL)

De personuppgifter som du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om vår behandling av personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats lansforsakringar.se.

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

| | | |
|---|---------------------|--------|
| Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. | | |
| Ort och datum | Telefon/mobilnummer | E-post |
| Namnteckning | Namnförtydligande | |

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