

# Anmälan om skada, Grupp försäkring



## Olycksfall

### IFYLLS ALLTID

Arbetsgivarens/föreningens namn

Gruppavtal nr

### FÖRSÄKRINGSTAGARE

Anmälan avser

Gruppmedlem  Medförsäkrad

Gruppmedlems namn (ifylls alltid)

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ort

### MEDFÖRSÄKRAD

Medförsäkrads namn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)

Personnummer

### UTBETALNING

Önskas insatt på Clearingnummer Kontonummer Bank Önskas insatt på Kontonummer

Bankkonto

Personkonto

Kontonummer

Postgiro/Bankgiro

Avi

### INFORMATION OM OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet? (år-mån-dag) Klockslag

I arbetet

På väg till eller från arbetet

På fritiden

Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter

Vilken kroppsskada blev följden?

Har denna kroppsdelen varit utsatt för skada tidigare?

Ja  Nej

Om ja, när och på vilket sätt?

Befaras framtida besvär eller invaliditet

Ja  Nej

### Ersättningsanspråk

OBS! Kostnader för resor i samband med vård och behandling ska i första hand betalas av landstinget. Uppgifter om kostnader ska styrkas med originalkvitton eller landstingets "intyg om utbetald sjukvårds-/reseersättning".

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	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassa eller landsting	Återstående belopp	Bilaga nr
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
När anlätades läkare?		Läkarens namn och adress			
Vilken läkare anlitas nu?		Läkarens adress			
Har du vårdats på sjukhus?		Om ja, vilket sjukhus?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Fr om	t om	Fr om	t om	Fr om	t om
Har olycksfallet föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning?		Fr om	t om	Fr om	t om
<input type="checkbox"/> Ja, hel		Fr om	t om	Fr om	t om
<input type="checkbox"/> Ja, delvis		Fr om	t om	Fr om	t om
Ditt nuvarande hälsotillstånd?		Fr om			
<input type="checkbox"/> Helt arbetsför		<input type="checkbox"/> Inte återställd			
Har du andra sjuk- eller olycksfallsförsäkringar? (inkl gruppförsäkringar)		I vilket bolag och vilka försäkringsnummer?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Är skadan anmäld dit?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Vid arbetsskada: Omfattas du av trygghetsförsäkring (TFA) hos AFA?		Är skadan anmäld dit?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					

## UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum

Namnteckning

Telefon dagtid (även riktnr)

Mejladress

## GRUPPFÖRETRÄDARENS UPPGIFTER VID SJÄLVADMINISTRERANDE AVTAL

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade).

Olycksfallsförsäkring	Ansluten år	Månad	Ansluten år	Månad
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	_____	_____	<input type="checkbox"/> Medförsäkrad	_____
<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Fritid	_____	Invaliditetskapital	_____

## GRUPPFÖRETRÄDARENS UNDERSKRIFT

Premien betald till den

Premien betald vid skadetillfället

Ja  Nej

Ort och datum

Gruppföreträdarens underskrift



Skicka anmälan till:  
If Skadeförsäkring  
P100  
106 80 Stockholm

Vid frågor ring 08-792 72 27

