

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 kroppskada 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? Ja Nej _____ Om ja, vilket sjukhus? _____

Fr om	t om	Fr om	t om	Fr om	t om
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Har olycksfallet föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? Ja, hel _____ Fr om _____ t om _____ Fr om _____ t om _____

Ja, delvis _____ Fr om _____ t om _____ Fr om _____ t om _____

Ditt nuvarande hälsotillstånd? _____ Fr om _____ Helt arbetsför Inte återställd

Har du andra sjuk- eller olycksfallsförsäkringar? (inkl gruppörsäkringar) Ja Nej _____ I vilket bolag och vilka försäkringsnummer? _____

Är skadan anmäld dit? Ja Nej _____

Vid arbetsskada: Omfattas du av trygghetsförsäkring (TFA) hos AFA? Ja Nej _____ Är skadan anmäld dit? Ja 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

