

Fylls i av Länsförsäkringar

Personnummer

Skadenummer

Arbetsgivarens/Föreningens uppgifter (Fylls alltid i)

Namn enligt försäkringsbrev	Organisationsnummer	Gruppavtal nummer	Telefonnummer dagtid
-----------------------------	---------------------	-------------------	----------------------

Person- och kontaktuppgifter gruppmedlem (Fylls alltid i)

Gruppmedlems namn	Personnummer	Telefonnummer dagtid
E-post	Önskar kontakt per: ☐ E-post ☐ Brev	

Person- och kontaktuppgifter medförsäkrad (Fylls i bara om anmälan avser medförsäkrad)

Medförsäkrads namn	Personnummer	Telefonnummer dagtid
E-post	Önskar kontakt per: ☐ E-post ☐ Brev	

Kontouppgifter till den skadade

Clearingnummer	Bankkontonummer	Kontohavare
Bankgiro	Postgiro	Betalningsavi ☐ Postgiro ☐ Bankgiro

Uppgifter om olycksfallet

Vilket datum hände olycksfallet?	☐ På fritiden ☐ På arbetet ☐ På väg till/från arbetet		
Var befann du dig 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?*	Är du färdigbehandlad?	Förväntar du dig kvarstående besvär?	Dödsfallsdatum**
☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	
Har denna kroppsdel varit skadad förut? Ange när och hur.			

* Skicka med sjukintyg ** Skicka med dödsfallsintyg

** Skicka med dödsfallsintyg

Fortsättning på nästa sida

Uppgift om annan försäkring (Besvaras alltid)

Har du flera olycksfallsförsäkringar? ☐ Ja ☐ Nej	Försäkringsbolag	Är olycksfallet anmält dit? ☐ Ja ☐ Nej
Omfattas du av Trygghetsförsäkring vid arbetsskada?*		Är olycksfallet anmält till AFA? ☐ Ja ☐ Nej
Uppgifter om fordon och trafikförsäkring.*	Registreringsnummer	Försäkringsbolag
		Är olycksfallet anmält dit? ☐ Ja ☐ Nej
Har du fått ersättning för olycksfallet från dessa försäkringar? I så fall från vilken försäkring?		

* Vid arbets- eller trafikskada ska kostnader ersättas av AFA Trygghetsförsäkring eller trafikförsäkringsbolaget.
Tandskada som inträffat under arbetstid eller på väg till eller från arbetet ska ersättas av Försäkringskassan.

Behandling av personuppgifter

Detta är en kort beskrivning av hur vi behandlar personuppgifter. Fullständig information om hur vi på Länsförsäkringar behandlar personuppgifter finns i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall oss på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-postadress info.halsa@lansforsakringar.se

De personuppgifter som vi samlar in om dig behandlas enligt de lagar och förordningar som gäller vid tidpunkten. Uppgifterna samlas in för att vi ska kunna fullgöra försäkringsavtal. De kan också användas till statistik, för att fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk och för att förebygga skador.

I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen men de kan i vissa fall lämnas till företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med inom och utanför EU och EES-området, exempelvis återförsäkringsgivare. Personuppgifter kan också lämnas ut till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag.

Du kan alltid få information om vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Du kan också vända dig till oss för att begära rättelse av en felaktig uppgift eller för att begära radering eller begränsning eller invända mot en behandling, i vilket fall din begäran eller invändning kommer att prövas av oss.

Personuppgiftsansvarig är Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ) för livförsäkring och Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) för övriga försäkringar. Allmänna uppgifter om dig såsom namn och kontaktuppgifter behandlas också i Länsförsäkringsgruppens gemensamma kundregister. För behandling av dessa uppgifter är alla bolag inom länsförsäkringsgruppen gemensamt personuppgiftsansvariga.

Underskrift av den skadade

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Gruppföreträdarens uppgifter om olycksfallsförsäkring vid självadministrerande avtal

Gruppmedlem ☐	Ansluten år Fr o m T o m	Månad	Betald till	Medförsäkrad ☐	Ansluten år Fr o m T o m	Månad	Betald till	Antal prisbasbelopp
---	----------------------------------	-------	-------------	--	----------------------------------	-------	-------------	---------------------

Gruppföreträdarens underskrift

Datum	Gruppföreträdarens namnteckning	Gruppföreträdarens namnförtydligande
-------	---------------------------------	--------------------------------------

Vår postadress är:

Länsförsäkringar AB
Skador Grupp- och Kollektiv
FE 1650
839 82 Östersund