

### Försäkringstagare

Efternamn, förnamn / firma		Skadenr (fylls i av förs.bolaget)
Adress		Försäkringsnr
Postnr	Ort	Personnr (12 siffror) / org nr
Telefonnummer		Redovisningsskyldig för moms <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
E-post		
KOLLEKTIV FÖRSÄKRING? Är du medlem i facklig eller annan organisation som har kollektiv hemförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Har du anmält händelsen dit, ange försäkringsbolag och ev skadenummer:
Till vem ska ersättning betalas?		<b>Bankkonto inkl. clearingnr, bg, pg, pk</b>

### Skadeuppgifter

Avresedatum från hemorten	Före resan planerat hemresedatum	
Den skadade/sjuka, namn	Personnr	
Till vem ska ersättning betalas? Namn och adress	Bankkonto inkl. clearingnr, bg, pg, pk	
Vilken kroppsskada/sjukdom har du ådragit dig?	I vilket land inträffade olycksfallet/sjukdomen?	
När inträffade olycksfallet/sjukdomen?	Datum	Var: <input type="checkbox"/> i arbete <input type="checkbox"/> på väg till el från arbete <input type="checkbox"/> på fritid
Beskriv skadehändelsen		
Befarar du kvarstående men, p g a olycksfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m	T o m
Har läkare ordinerat vila? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja   Om "ja", bifoga läkarintyg.	Fr o m	T o m

### Gemensamma uppgifter

Har du reseförsäkring hos researrangör eller i annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Researrangör/försäkringsbolag	Förs.nr	
Är resan betald med kort? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket?	Till vilken bank är kortet knutet?	
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom eller skada som ovan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum	Sjukdomens/skadans art	
Var du sjukskriven vid avresan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m	T o m	För vad
Var/hos vem har du i så fall behandlats i Sverige? Namn och adress			

## Läkekostnader och merkostnader

OBS! Uppgifter ska styrkas med originalverifikationer. Numrera dessa enligt förteckning nedan.

Verif.nr	Behandlingsdatum	Utgifternas art (Läkararvode, medicin etc)	Erlagt belopp i utländsk valuta	Växelkurs	Kostnad i svensk valuta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
<b>Summa kr</b>					

## Bifoga resebevis och resehandlingar.

## Försäkringstagarens underskrift

Namnsteckning
Ort och datum

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

## Behandling av personuppgifter

Länsförsäkringar Södermanland värnar om din integritet och är därför mycket försiktiga när vi behandlar dina personuppgifter. Fullständig information om hur vi behandlar personuppgifter finns i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats [lansforsakringar.se/personuppgifter](https://lansforsakringar.se/personuppgifter). Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall **0155-48 40 00** eller [info@lfs.se](mailto:info@lfs.se) och ange "Behandling av personuppgifter" i ämnesraden.

### Postadress

Länsförsäkringar Södermanland  
Digital dokumenthantering  
Box 1503, 351 15 Växjö

### Besöksadress

Västra Storgatan 4, Nyköping

[www.lfs.se](https://www.lfs.se)

### Telefon

0155-48 40 00

### Organisationsnummer

519000-6519