

Skadenr
Ifylles av bolaget
Handläggarkod

PERSONUPPGIFTER M M

Namn	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Personnummer
Postnummer Ortnamn	Telefon dag (även riktnummer)
Yrke eller sysselsättning	<input type="checkbox"/> Egen företagare <input type="checkbox"/> Anställd
Arbetsgivarens eller det egna företags namn och bransch	
Organisations-/föreningstillhörighet (ifylls i förekommande fall)	Medlemskapet och innehållet i anmälan styrkt av ansvarig inom organisationen/föreningen: Datum Underskrift

DATUM OCH TIDPUNKT FÖR OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet?	Datum	Klockan	<input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden
------------------------------	-------	---------	---

HUR GICK OLYCKSFALLET TILL?

UPPGIFTER OM PERSONSKADA

Vilken kroppsskada fick Du?			
Har Du sökt läkare p g a skadan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När? (datum)	Läkare (namn/adress)
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada el sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	I så fall när?	Vilken läkare sökte Du då? (namn/adress)
Har Du varit inlagd och inskriven på sjukhus p g a skadan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilka dagar?	
Vilken dag avbröt Du Ditt arbete p g a skadan?	Datum	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis	
Hur lång beräknas sjuktiden bli?			
Kan Du sköta Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ja		
Har läkarbehandlingen avslutats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När? (datum)	
Befaras invaliditet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Finns fler olycksfallsförsäkringar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsbolag	Försäkringsnummer
Har Du anmält skadan även dit?			

UPPGIFT OM LÄKEKOSTNADER

Vänd Dig alltid i första hand till vårdgivaren (vårdcentral/sjukhus) med förfrågan om ersättning för resor till och från läkare.
OBS! Utgifterna skall styrkas med originalverifikationer.

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc.)	Total kostnad kr	Ver. nr	Försäkringsbolagets anteckningar

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

ERSÄTTNING UTBETALAS TILL

Namn		Utdelningsadress, postnr och postort		
Utbetalning önskas insatt på:	<input type="checkbox"/> Bankkonto/ bankgiro	Clearingnr	Kontonr	Ange vilken bank
	<input type="checkbox"/> Personkonto/ postgiro	Clearingnr	Kontonr	

UNDERSKRIFT

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning samt den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat mig får lämna Länsförsäkringar Stockholm alla för bedömning av ersättningskraven erforderliga upplysningar om mitt hälsotillstånd.		
Ort och datum	Underskrift	Namnförtydligande (v g texta)