

Fylls i av Länsförsäkringar

**Anmälan avser**

- ☐ Olycksfall  
☐ Sjukdom

|              |
|--------------|
| Personnummer |
| Skadenummer  |

**Arbetsgivarens/Föreningens uppgifter (Fylls alltid i)**

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

**Person- och kontaktuppgifter gruppmedlem (Fylls alltid i)**

|                |                                                                                      |                      |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Namn           | Personnummer                                                                         | Telefonnummer dagtid |
| E-post         | Önskar kontakt per:<br><input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Brev |                      |
| Clearingnummer | Bankkontonummer                                                                      | Kontohavare          |

**Barnets person- och kontaktuppgifter**

|                |                                                                                      |                      |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Namn           | Personnummer                                                                         | Telefonnummer dagtid |
| E-post         | Önskar kontakt per:<br><input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Brev |                      |
| Clearingnummer | Bankkontonummer                                                                      | Kontohavare          |

**Uppgifter om olycksfallet**

|                                                                                                           |                                                                                                                            |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Vilket datum hände olycksfallet?                                                                          | <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> På arbetet <input type="checkbox"/> 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 barnet varit inlagd på sjukhus över natt?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Mellan vilka datum var barnet inlagt?                                                                                      |                 |
| Är barnet färdigbehandlad?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                    | Förväntas kvarstående besvär?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                  | Dödsfallsdatum* |
| Har denna kroppsdel varit skadad förut? Ange när och hur.                                                 |                                                                                                                            |                 |

\* Skicka med dödsfallsintyg

**Uppgift om annan försäkring (Besvaras alltid)**

|                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Har barnet flera olycksfallsförsäkringar?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej               | Försäkringsbolag                                                                             | Är olycksfallet anmält dit?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Omfattas barnet av Trygghetsförsäkring vid arbetsskada?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Är olycksfallet anmält till AFA?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

Anmälan av sjukdom på nästa sida

Postadress 106 50 Stockholm | Affärsenhet Sak | Telefon 08-588 424 12

E-post skada.grupp@lansforsakringar.se

**Försäkringsgivare**

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692

Länsförsäkringar AB (publ), organisationsnummer 502010-9681

lansforsakringar.se

## Uppgifter om sjukdom

|                                                                                                                                   |  |                                                                                           |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Sjukdom/diagnos                                                                                                                   |  | När märktes de första symtomen? (Datum)                                                   | Datum för första läkarbesök? |
| Beskriv sjukdomshistorik                                                                                                          |  |                                                                                           |                              |
|                                                                                                                                   |  |                                                                                           |                              |
|                                                                                                                                   |  |                                                                                           |                              |
| Har barnet haft liknande besvär förut?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                |  | Ange när (datum)                                                                          |                              |
| Ange samtliga vårdinrättningar barnet har besökt för anmäld sjukdomen (sjukhus, mottagning, klinik, vårdcentral, sjukgymnast etc) |  |                                                                                           |                              |
|                                                                                                                                   |  |                                                                                           |                              |
|                                                                                                                                   |  |                                                                                           |                              |
| Vilken BVC tillhör/tillhörde barnet?                                                                                              |  | Vilken skolhälsovård/kommun tillhörde barnet senast?                                      |                              |
| Har barnet varit inlagd på sjukhus över natt?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                         |  | Mellan vilka datum var barnet inlagt?                                                     |                              |
| Är barnet färdigbehandlad?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                            |  | Förväntas kvarstående besvär?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Dödsfallsdatum*              |

\* Skicka med dödsfallsintyg

## Vårdbidrag / aktivitetsersättning

|                                                                                                        |                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Har vårdnadshavare beviljats vårdbidrag?**<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Har barnet beviljats aktivitetsersättning?**<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\*\* Skicka med Försäkringkassans beslut

## Underskrift (Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

|                                                           |              |            |
|-----------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Ort och datum                                             | Namnteckning |            |
| Utdelningsadress om annan än barnets folkbokföringsadress | Postnummer   | Postadress |

|                                         |                                  |       |             |                                            |             |       |             |                     |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-------|-------------|--------------------------------------------|-------------|-------|-------------|---------------------|
| Gruppmedlem<br><input type="checkbox"/> | Ansluten år<br>Fr o m      T o m | Månad | Betald till | Barnförsäkring<br><input type="checkbox"/> | Ansluten år | Månad | Betald till | Antal prisbasbelopp |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-------|-------------|--------------------------------------------|-------------|-------|-------------|---------------------|

## Gruppföreträdarens underskrift

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

## 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](https://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](mailto: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.

## Vår postadress är:

Länsförsäkringar AB  
Hälsa  
Skador  
FE 1650  
838 83 Frösön