

Fylls i av Länsförsäkringar

Personnummer
Skadenummer

**Försäkringstagarens uppgifter**

Namn enligt försäkringsbrev	Organisationsnummer	Telefonnummer dagtid
-----------------------------	---------------------	----------------------

Härmed intygas att den skadade är medlem i organisationen/föreningen och att olycksfallet hänt under verksamhet som omfattas av försäkringen.

Datum	Underskrift av ansvarig
-------	-------------------------

**Person- och kontaktuppgifter på den skadade**

Namn		Personnummer
Är du anställd hos försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Telefonnummer dagtid
E-post		Önskar kontakt per: <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Brev
Clearingnummer	Bankkontonummer	Kontohavare
Bankgiro	Postgiro	Betalningsavi <input type="checkbox"/> Postgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro

**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 du varit sjukskriven på grund av olycksfallet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är du färdigbehandlad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Förväntar du dig kvarstående besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dödsfallsdatum**
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsbolag	Är olycksfallet anmält dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Omfattas du av Trygghetsförsäkring vid arbetsskada?*		Är olycksfallet anmält till AFA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Uppgifter om fordon och trafikförsäkring.*	Registreringsnummer	Försäkringsbolag	Är olycksfallet anmält dit? <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. Tankskada som inträffat under arbetstid eller på väg till eller från arbetet ska ersättas av Försäkringskassan.

## Förstörda kläder / hjälm / glasögon

Skicka med originalkvitton eller kontoutdrag på det som är förstört samt uppgift om vad likvärdig vara kostar idag.

## 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](http://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.

## Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnteckning	
Utdelningsadress om annan än folkbokföringsadress	Postnummer	Postadress

## Vår postadress är:

Länsförsäkringar AB  
Hälsa  
Skador  
FE 1650  
838 83 Frösön