

## Besvaras alltid

Arbetsgivarens/föreningens namn		Gruppavtal nr	Telefonnummer (även riktnr)
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
<b>Försäkringstagare</b>			
Anmälan avser: <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad			
Gruppmedlems namn (ifylls alltid)			Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
<b>Medförsäkrad</b>			
Medförsäkrads namn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)			Personnummer
<b>Utbetalning</b>			
Önskas insatt på	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
<input type="checkbox"/> Bankkonto			
Önskas insatt på	Kontonummer		
<input type="checkbox"/> Personkonto			

När inträffade olycksfallet? (år-mån-dag)	Klockslag	<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet	<input type="checkbox"/> På fritiden
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Vilken kroppsskada blev följden?				
Har denna kroppsdel varit utsatt för skada tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Om "Ja", när och på vilket sätt?	
			Befaras framtida besvär eller invaliditet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

## Ersättningsanspråk

OBS! Kostnader för resor i samband med vård och behandling ska i första hand betalas av landstinget. Uppgifter om kostnader ska styrkas med originalkvitton eller landstingets "intyg om utbetald sjukvårds-/reseersättning"

Vid trafikskada ska kostnader ersättas genom trafikförsäkring. Vid arbetsskada ska kostnader ersättas av AFA om du omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA).

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassa eller landsting	Återstående belopp	Bilaga nr
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### Blanketten skickas till:

Officersförbundet  
Medlemsservice  
Box 5338, 102 47 Stockholm

## Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Gruppplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692  
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

**Telefon**  
08-588 431 50

**E-postadress**  
grupp@lansforsakringar.se

**Webb**  
www.lansforsakringar.se/grupp

När anlätades läkare? Datum	Läkarens namn och adress	
Vilken läkare anlitas nu? Läkarens namn och adress		
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket?	
Under vilka tider?	Fr o m	T o m
Har olycksfallet föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Delvis	Fr o m	T o m
Helt arbetsför/Ditt nuvarande hälsotillstånd?	Helt återställt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m
Har du annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket bolag?	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vid arbetsskada: Omfattas du av trygghetsförsäkring (TFA) hos AFA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Underskrift

- I Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- I Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa) får lämna Länsförsäkringar de upplysningar om mitt hälsotillstånd som Länsförsäkringar anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.
- I Jag förbinder mig att underrätta Länsförsäkringar om olycksfallsskadan anmäls till försäkringskassan, AFA/TFA eller motsvarande.
- I Vidare är jag medveten om att ersättning som utbetalas till mig genom gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA/TFA eller motsvarande).

Ort och datum	Telefon bostad (även riktnr)	Telefon arbete (även riktnr)
Namnteckning	Namnförtydligande	

Länsförsäkringar kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrad, medförsäkrad, premiebetalare, förmånstagare och panthavare såsom t ex allmänna namn- och adressuppgifter, personnummer samt i vissa fall även uppgifter om yrke och medborgarskap, visa ekonomiska förhållanden och hälsotillstånd. Uppgifterna används för att vi ska kunna fullgöra vår del av avtalet, ge en god service, marknadsföring, statistik, marknads- och kundanalyser samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på vår verksamhet. Uppgifterna är avsedda att användas inom Länsförsäkringsgruppen samt i vissa fall hos andra bolag som vi samarbetar med, t ex återförsäkringsgivare. Uppgifterna inhämtas normalt direkt från den registrerade men för vissa försäkringar från arbetsgivare eller annan. Uppgifterna kan komma att uppdateras genom externa register, t ex SPAR. Personuppgiftsansvarig är din försäkringsgivare. Som fysisk person kan du genom skriftlig ansökan, en gång om året, kostnadsfritt begära att få besked om vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Du kan också begära att vi rättar felaktiga personuppgifter som rör dig samt skriftligen anmäla att dina personuppgifter inte ska användas för direktmarknadsföring.

## Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade).

<b>Olycksfallsförsäkring</b>		Ansluten år	Månad	<b>Medförsäkrad</b>		Ansluten år	Månad
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem				<input type="checkbox"/> Medförsäkrad			
<input type="checkbox"/> Invaliditetskapital		<input type="checkbox"/> Invaliditets tillägg -heltid		<input type="checkbox"/> Fritid (goff)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sveda och värk ingår	<input type="checkbox"/> Krisförsäkring ingår

## Gruppföreträdarens underskrift

Ort och datum	
Gruppföreträdarens namnteckning	Gruppföreträdarens namnförtydligande