



SKADEANMÄLAN – Olycksfall

Skadad

Försäkringstagarens namn	Personnummer	Försäkringsnummer	Skada nr (fylls i av LF)
Postadress	Mobiltelefon	Telefon bostad (inkl riktnr)	Telefon arbete (inkl riktnr)
Postnummer och ort	E-postadress		
Konto för ersättning - Bankens namn		Clearingnummer	Bankkontonummer/Plusgiro/Bankgiro

Försäkringsuppgifter

Försäkringstagare (om annan än den skadade) Namn/Företag/Kommun		Personnummer		
Skola/Kommun olycksfall	Skolans/Fritidshemmets/Daghemmets försbolag.			
Finns annan olycksfallsförsäkring	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja, ange försäkringsbolag och försäkringsnummer		
När inträffade olycksfallet	Datum	Klockslag	På fritiden? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	I skolan/arbetet eller på väg till och från? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Inträffade olycksfallet under träning/tävling i idrottsförening Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Hur gick olycksfallet till	Kort beskrivning av händelsen:			
Vilken kroppsskada blev följden				
Den första undersökningen	Datum	Ange mottagning och sjukhus/vårdcentral		
Inlagd på sjukhus	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja, vilket sjukhus?		Om Ja, under vilken tid?
Har behandlingen avslutats	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja, när?		
Befaras framtida besvär eller men	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Tidigare skada eller sjukdom på denna kroppsdel	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja, när?		
	Ange vilken sjukdom eller skada			
Kostnader	Datum	Kostnaden avser	Kronor	
Sänd oss originalkvitton				

Underskrift och fullmakt

Ort och datum	Den skadades/vårdnadshavarens namnteckning
---------------	--

Skriv under och skicka blanketten till:

Stöde Sockens Försäkringsbolag
Gyllenvägen 1
864 41 Stöde

Det går också bra att scanna blanketten och skicka till info@sockenbolaget.nu

VÄND ----->

Fullmakt

Att lämnas i samband med
skadereglering

	Skadenr
Efternamn och förnamn	Personnummer

Jag lämnar min fullmakt till

- att läkare eller annan sjukvårdspersonal, barnavårdscentral, skolhälsovård, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, Skatteverket, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, kommunal/statlig verksamhet, tidigare och nuvarande arbetsgivare och uppdragsgivare, får lämna Länsförsäkringar de uppgifter, journaler, registerhandlingar, intyg med mera samt information om mina ekonomiska förhållanden som Länsförsäkringar anser sig behöva för reglering av aktuellt skadeärende hos Länsförsäkringar
- att inhämtade uppgifter får delges aktuellt återförsäkringsbolag.

Fullmakten gäller till dess att den skriftligen återkallas eller att ärendet har avslutats.

Underskrift ska göras av den försäkrade. Är den försäkrade omyndig ska vårdnadshavare skriva under.

Fullmakten ger Länsförsäkringar rätt att delta i rehabiliteringen

De personuppgifter du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om vår behandling av personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår hemsida www.lansforsakringar.se

Underskrift

Ort och datum	
Namnteckning	Vårdnadshavarens namnteckning om minderårig
Namn på försäkrad om skadan avser annan person	

Ange här med **fullständig** adress vilka vårdinrättningar du behandlats på:

Fullmakten är inte begränsad till dessa vårdinrättningar

Före olyckan/sjukdomen

Efter olyckan/sjukdomen

Om utrymmet inte räcker går det bra att skriva på ett separat papper