

### Besvaras alltid

Företag/arbetsgivare/förbund	Gruppavtal nummer
------------------------------	-------------------

### Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (fylls alltid i)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress	

### Försäkrat barn

Barnets namn	Personnummer
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om svaret är "Nej", ange vem som är barnets biologiska förälder <input type="checkbox"/> gruppmedlemmen <input type="checkbox"/> medförsäkrad

Utbetalning önskas insatt på (observera om skadan avser omtydligt barn skall vårdnadshavarens konto anges)

Personkonto

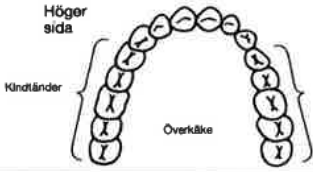
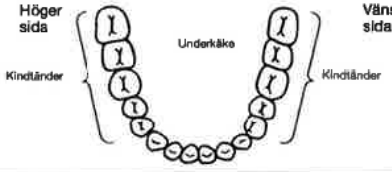
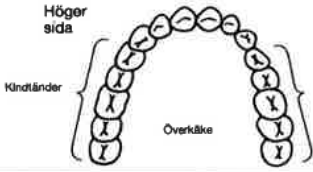
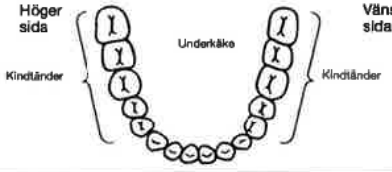
Bankkonto      Clearingnr:                      Kontonr:                      Bank:

Ange vem kontot tillhör:

### Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet?	år	månad	dag	Var inträffade olycksfallet?
Hur gick olycksfallet till? Ange händelseförlopp och övriga omständigheter.				
Vilken kroppsskada blev följden? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster				
När anlätades läkare?	Datum	Ange vårdinrättning samt avdelning, vid privat vård ange läkarens namn och fullständig adress		
Vilken läkare behandlar barnet nu?	Ange vårdinrättning samt avdelning, vid privat vård ange läkarens namn och fullständig adress			
Har barnet varit inläggande på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket?	<input type="checkbox"/> Nej	
		När?   fr o m   t o m		
Är behandlingen avslutad?	<input type="checkbox"/> Ja, den	<input type="checkbox"/> Nej	Befaras framtida invaliditet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	När?	På vilket sätt?	<input type="checkbox"/> Nej
Anlätades läkare då?	<input type="checkbox"/> Ja	Ange vårdinrättning samt avdelning, vid privat vård ange läkarens namn och fullständig adress		<input type="checkbox"/> Nej
Om barnet är i arbetsför ålder, ange när olycksfallet inträffade?	På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/>			
<b>OBS!</b> Utgifterna ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos er vårdgivare.				

**Besvaras vid tandskada** OBS! Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning.

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade. <input type="checkbox"/> mjölk tänder <input type="checkbox"/> permanenta tänder	Höger sida Kindtänder 	Vänster sida Kindtänder 
	Höger sida Kindtänder 	Vänster sida Kindtänder 

**Besvaras vid sjukdom**

Sjukdomens namn			
När märktes de första symptomen?			
När anlätades läkare för första gången för nu anmäld sjukdom?	Datum	Ange vårdinrättning samt avdelning, vid privat vård ange läkarens namn och fullständig adress	
Har barnet varit inläggande på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket?	<input type="checkbox"/> Nej
		När?   fr o m   t o m	
Vilken barnvårdscentral tillhör/tillhörde barnet?			
Vilken skola tillhör/tillhörde barnet?			
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	När?	<input type="checkbox"/> Nej
Anlätades läkare då?	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken läkare samt ev vilket sjukhus (namn och ort)	<input type="checkbox"/> Nej
Vilken läkare behandlar barnet nu?	Ange vårdinrättning samt avdelning, vid privat vård ange läkarens namn och fullständig adress		
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/> Återställt sedan		<input type="checkbox"/> Ej återställt
Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?	<input type="checkbox"/> Ja	När?	<input type="checkbox"/> Nej
Hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod?	<input type="checkbox"/> Helt	<input type="checkbox"/> Halvt	<input type="checkbox"/> Kvarts
Är barnet ett adoptivbarn?	<input type="checkbox"/> Ja	När kom barnet till Sverige?	Varifrån? <input type="checkbox"/> Nej

**Besvaras vid dödsfall**

Datum för dödsfallet	Dödsorsak (om den är känd)
----------------------	----------------------------

**Besvaras alltid**

Finns försäkring i annat bolag?	<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Handläggare, telefonnr	<input type="checkbox"/> Nej
		Om "Ja", är skadan anmäld dit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Intygande (Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare.)**

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.		
Datum	Namnsteckning	Telefon dagtid (även riktnr)