

Anmälan avser	Försäkringsnr/Gruppavtalsnr (Ifylls alltid)		
	<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	<input type="checkbox"/> Medförsäkrad	
Försäkrings- tagare	<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring	<input type="checkbox"/> Sjukförsäkring	<input type="checkbox"/> Rehabiliteringsersättning vid sjukdom
	Gruppmedlemmens namn (ifylls alltid)		Personnummer (Ifylls alltid)
	Utdelningsadress		Telefon dagtid, även riktnr
	Postnr och ortnamn		Telefon kvällstid, även riktnr
	Epostadress	Mobiltelefonnr	Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående
	Arbetsgivarens namn och adress		Yrke
Utbetalning	Medförsäkrads namn (Ifylls alltid om anmälan avser medförsäkrad)		Personnummer
	Vi gör vår utbetalning via Swedbank. Har du ett konto där sätts pengarna automatiskt in på det. Du kan också ansluta ett konto hos en annan bank till Swedbanks utbetalningssystem, kontakta i så fall Swedbank. Finns det inte något konto registrerat, får du istället en utbetalningsavi.		
Olycksfalls- skada (ifylls inte vid sjukdom)	När inträffade olycksfallet? (datum)	Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> På arbetet <input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden	
	Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händeseförlopp och övriga omständigheter		
		
		
		
	Vilken kroppsskada blev följden?		Vilken sida av kroppen skadades? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
	Har denna kroppsdel varit utsatt för skada eller sjukdom tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", datum och på vilket sätt?
Har anmälan gjorts till annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", bolag och försäkringsnr	
Om skadan uppstod vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnr och försäkringsbolag			
Sjukdom	Sjukdomens namn (diagnos)		När märktes de första symtomen?
	Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", fr o m - t o m datum och sjukdomens namn
Obligatoriska uppgifter (ifylls alltid)	När anlätades läkare? Datum		Läkarens namn och adress
	Vilken läkare behandlar dig nu? Ange läkarens namn och adress		
	Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", sjukhusets namn och under vilken tidsperiod fr o m - t o m

Fortsättning Obligatoriska uppgifter (ifylls alltid)	Om olycksfallet/sjukdomen föran- lett arbetsförmåga/sjukskrivning anges bortfallet i procent och tidsperiod	<input type="checkbox"/> 100 %	Datum, fr o m - t o m
		<input type="checkbox"/> 75 %
		<input type="checkbox"/> 50 %
		<input type="checkbox"/> 25 %
	Är du helt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", helt återställd fr o m datum
	Har sjukbidrag/förtidspension/ aktivitetsstöd/tidsbegränsad sjukersättning/sjukersättning beviljats?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", fr o m - t o m datum
	Har du under de senaste 12 månaderna varit arbetsförmögen mer än 28 dagar i en följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", fr o m datum
	Vid anmälan till sjukförsäkringen, ange din månadslön (den som anmälts till försäkringskassan)	Månadslön, kr	
Underskrift	Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga.		
 Datum		
 Underskrift		

Intyg från gruppen/ fackförbundet/ arbetsgivaren (gäller endast vid obligatorisk gruppförsäk- ring)	Härmed intygas att gruppmedlemmen/medförsäkrad/den anställda tillhörde angiven försäkring när olycksfallsskadan/sjukdomen inträffade.	
	Medlem i fackförbundet/anställd fr o m, datum	Fackföreningens namn (stämpel)/Arbetsgivarens namn
 Gruppföreståndares namn, telefonnr och adress	

Folksams behandling av personuppgifter

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är de Folksam bolag du har försäkringsavtal med. För utdrag ur Folksams register skriv till: Registerutdrag, Folksam, 106 60 Stockholm. Vid fel i registrerade personuppgifter, kontakta kundtjänst på närmaste Folksamkontor.

Vid olycksfallsskada eller rehabilitering

- Skicka anmälan till närmaste Folksamkontor
- Anmälan kan även göras på telefon 0771-960 960
- Vid sjukskrivning, skicka alltid kopia av läkarintyg för hela sjukskrivningsperioden
- Skicka alltid originalkvitton när kostnader ska styrkas.

Vid sjukdom

- Skicka anmälan till närmaste Folksamkontor
- Bifoga alltid försäkringskassans intyg (s k O37-intyg) om utbetalad ersättning för hela sjukperioden
- Om sjukbidrag/förtidspension/aktivitetsstöd/tidsbegränsad sjukersättning/sjukersättning har beviljats ska samtliga pensionsbeslut bifogas.