

Anmälan avser	<input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad		Försäkringsnr/Gruppavtalsnr (Ifylls alltid)	
	<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring <input type="checkbox"/> Sjukförsäkring <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsersättning vid sjukdom			
Försäkrings- tagare	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"/> Ensam- stående	
	Arbetsgivarens namn och adress		Yrke	
	Medförsäkrads namn (ifylls alltid om anmälan avser medförsäkrad)		Personnummer	
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 för- 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 sjukförsäringen, 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 anställde 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 Folksambolag du har försäkringsavtal med. För utdrag ur Folksams register skriv till: Registerutdrag, Folksam, 106 60 Stockholm. Vid fel i registrerade personuppgifter, kontakta Kundservice telefonnummer 0771-950 950.