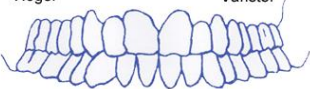


		Skadenummer
Den försäkrades namn	Personnr	Försäkringsnr
Adress (gata, postnr, ort)		Telefon dagtid
Målsmans namn	E-post	
Bankkonto inkl clearingnr	Bankgiro/plusgiro	Kontoinnehavare
Skola/Förskola/Daghem/Verksamhet		Kommun
Finns försäkring i annat bolag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hos	Försäkringsnr

När inträffade olycksfallet?	Datum	Klockan	<input type="checkbox"/> I skolan/ verksamheten	<input type="checkbox"/> På väg till/från skolan/ verksamheten	<input type="checkbox"/> På fritiden	<input type="checkbox"/> Under idrottstävling/-träning
Beskriv hur olycksfallet gick till						
Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?						
När uppsöktes läkare/tandläkare?		Vårdcentralens/klinikens namn (läkarens namn)				
Har den försäkrade vårdats på sjukhus?		Vilket sjukhus/avdelning?			Under vilken tid?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						
Har annan läkare/vårdställe sökts p g a skadan?			Vårdställets namn			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						
Finns det risk för framtida besvär eller invaliditet?			Har läkar/tandläkarbehandlingen avslutats?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja den			
Har du tidigare skadat/haft besvär med den skadade kroppsdelen			När och på vilket sätt?		Vilket vårdställe uppsökte du då?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						

**Övriga upplysningar/Ersättningsanspråk** Skicka med originalkvitton! (Fortsätt gärna att skriva på baksidan av blanketten).


**Besvaras vid tandskada** Intyg från tandläkaren behöver inte skickas med.

<p>Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats</p> <p>Höger                      Vänster</p> 	<p>Avser skadan      Permanent tand <input type="checkbox"/></p> <p>   Mjölktand <input type="checkbox"/></p> <p>Är skadad tand      Helt borttagen <input type="checkbox"/></p> <p>   Delvis <input type="checkbox"/></p> <p>   Rörlig <input type="checkbox"/></p>
--	--

**Underskrift** av den skadade, eller av vårdnadshavare om den skadade är omyndig

Datum	Ort
Namnteckning	

Om den försäkrade inte själv kan skriva under anmälan bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom om fallet.

**Besöksadresser:**

Linköping: Platensgatan 11  
Norrköping: Hantverkaregatan 49  
Motala: Prästgatan 2

**Postadress:**

Länsförsäkringar Östgöta  
Box 400  
581 04 Linköping

**Telefonnummer skadeavdelningen:**

Byggskador: 013-29 06 90  
Företagsskador: 013-29 00 00  
Personskador: 013-29 06 70  
Privatskador: 013-29 06 00

**Bolagsuppgifter:**

Telefon: 013-29 00 00  
Bankgiro: 326-6889  
Org.nr: 522001-1224  
[www.lansforsakringar.se](http://www.lansforsakringar.se)

	Skadenummer
Efternamn och förnamn	Personnummer

Jag lämnar min fullmakt till att

• läkare eller annan sjukvårdspersonal, barnvårdscentral, skolhälsovård, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, Skatteverket, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, annan kommunal/statlig verksamhet, tidigare och nuvarande arbetsgivare och uppdragsgivare, får lämna Länsförsäkringar de uppgifter, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som Länsförsäkringar anser sig behöva för reglering av aktuellt skadeärende hos Länsförsäkringar.

• 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.

### Underskrift

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande
Namn på försäkrad om skadeärendet avser annan person	
Försäkringsnummer alternativt skadenummer (ifylls av den försäkrade)	

Ange här vilka vårdinrättningar du behandlats på. Skriv vårdinrättningens namn, avdelning och adress.  
Fullmakten är inte begränsad till dessa vårdinrättningar.

Före olyckan/sjukdomen
Efter olyckan/sjukdomsdebut