

Anmälan skickas till närmaste Folksamkontor

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
Utbetalning	Bankens namn		Clearingnr	Kontonr	
	Personkontonr				
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, händesförlopp 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?			Om "Ja", datum och på vilket sätt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har anmälan gjorts till annan försäkring?			Om "Ja", bolag och försäkringsnr <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om skadan uppstod vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnr och försäkringsbolag					
Sjukdom eller reha- biliterings- ersättning vid sjukdom	Sjukdomens namn (diagnos)				När märktes de första symtomen?
	Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?				Om "Ja", fr o m - t o m datum och sjukdomens namn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Vid rehabilitering, ange vilken behandling du får samt vilken vårdgivare som utfört behandlingen				
	När började behandlingen? Ange remissdatum				
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?				Om "Ja", sjukhusets namn och under vilken tidsperiod fr o m - t o m <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

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 sjukförsäkringen, ange din månadslön (den som anmälts till försäkringskassan)	Månadslön, kr	
Underskrift	Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga. Samtidigt medger jag att försäkringskassan eller försäkringsinrättningar samt läkare och sjukvårdsinrättningar som jag anlitat eller kommer anlita, får lämna Folksam utdrag ur sjukjournaler eller de uppgifter som behövs för bedömning av ersättningsfrågan.		
 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
 Gruppförestandares 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 kundtjänst på närmaste Folksamkontor.

Vid olycksfallsskada eller rehabilitering

- Skicka anmälan till närmaste Folksamkontor
- Anmälan kan även göras på telefon till närmaste Folksamkontor
- Vid sjukskrivning, skicka alltid kopia av läkarintyg för hela sjukskrivningsperioden
- Skicka alltid originalkvitton när kostnader ska styrkas
- Vid rehabilitering: bifoga alltid remiss/originalkvitton till behandlingen.

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.