

## VIKTIGT

Läs detta innan du fyller i och skickar in din skadeanmälan

1. Nuvarande sjukperiod började tidigast 30 dagar efter att jag anslöts till BoKvar-försäkringen.

JA

NEJ

**Har du svarat JA på ovanstående fråga?** Då kan du ha rätt till ersättning. Skicka då in din skadeanmälan för en fullständig utredning.

**I det fullständiga försäkringsvillkoret** finns bland annat information om när försäkringen inte lämnar ersättning. Ersättning lämnas exempelvis inte

- för sjukdom/besvär som fanns innan du anslöts till försäkringen

Villkoret hittar du på [affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen](https://affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen).

**För en snabbare handläggning** ber vi dig svara på alla frågor i skadeanmälan så noggrant som möjligt och komplettera din anmälan med kopior av nedanstående handlingar:

- Anställningsintyg
- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
- Läkarintyg
- Försäkringskassans utbetalningsspecifikationer
- Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad sjukperioden började (understiger hyra/månadsavgift 4 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)

För att ladda ned skadeanmälningsblankett eller ladda upp dokument,  
besök: [affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen](http://affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen)

**ANMÄLAN AVSER**
 Gruppmedlem     Medförsäkrad (=make/sambo till gruppmedlem)

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen		<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Äganderättslägenhet
Namn		Personnr		
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)		Mobil
Postnr	Ort	Mejl		
Om anmälan avser gruppmedlem, finns medförsäkrad (d.v.s. make eller sambo som inte fyllt 70 år)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		Om anmälan avser medförsäkrad (d.v.s. make eller sambo) ange gruppmedlemmens personnummer		

**Utbetalning önskas insatt på** (var vänlig skriv tydligt)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank
------------------------------------	------------	---------	------

**NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA**

Arbetsförmågan är nedsatt på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Sjukskriven fr o m - (År/Mån/Dag)	Vilken omfattning är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%
När beräknar du att kunna återgå helt i arbete? - (År/Mån/Dag)		

**VID SJUKDOM**

Vilken sjukdom/diagnos avser anmälan?	
När anlätades läkare första gången för denna sjukdom? - (År/Mån/Dag)	När märktes de första symtomen? - (År/Mån/Dag)
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/symtom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, när?
Vilken sjukdom eller vilka symtom var då aktuella?	
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)	

**VID OLYCKSFALL**

När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)	Ort/land
Ange händelseförlopp och övriga omständigheter	
Vilken kroppsskada blev följden?	
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, när?
På vilket sätt?	
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)	

## UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada/sjukdom? - (År/Mån/Dag)	Läkarens/vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Vilken läkare behandlar dig nu?	Vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, vilket?	
Under vilka perioder (fr o m - t o m)		

## UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/FÖRETAG

<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Företagare	Anställningens omfattning, timmar per vecka	Anställd hos nuvarande arbetsgivare/är företagare fr o m - (År/Mån/Dag)
Arbetsgivarens/företagets namn		
Adress	Postnr	Ort
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)		

## ÖVRIGT

Har du eller har du vid något tillfälle haft aktivitetsersättning eller sjukersättning (inte att förväxlas med sjukpenning)? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m:	Har du eller har du vid något tillfälle haft ett särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning på grund av sjukdom eller olycksfall? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m:
--	--

**VIKTIGT**  
Bifoga kopior av

- Anställningsintyg
- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
- Läkarintyg
- Försäkringskassans utbetalningsspecifikationer
- Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad sjukperioden började (understiger hyra/månadsavgift 4 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)

## ÖVRIG INFORMATION


**Behandling av hälsouppgifter:** För information om hur vi behandlar personuppgifter, se [trygghansa.se/personuppgifter](https://trygghansa.se/personuppgifter).

**UNDERSKRIFT** - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade

### Underskrift av FÖRSÄKRAD

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att Trygg-Hansa och dess samarbetspartners behandlar mina personuppgifter vid skaderegleringen.		
Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namn-teckning
Personnr	Namnförtydligande	

**BLANKETTEN SKICKAS TILL: Trygg-Hansa, Affinity, Box 7830, 106 26 Stockholm  
eller laddas upp på: [affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen](https://affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen).**