

SKADEANMÄLAN Olycksfall – Kommun

SKADELIDANDE

Efternamn		Förnamn	
Personnummer			
Bostadsadress (vid delat boende, fyll i den andra adressen vid <i>Övrig info</i>)		Postnr och postadress	
Telefon/Mobil	E-mail	Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till:			
Bankens namn	<input type="radio"/> Bankkonto inkl clearing	<input type="radio"/> Bankgiro	<input type="radio"/> Plusgiro
Namn om annan betalningsmottagare än skadelidande			
Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Vilken typ av försäkring	
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Skadenummer	

NÄR HÄNDE OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet? <input type="radio"/> På väg till/från verksamheten <input type="radio"/> I verksamheten <input type="radio"/> På fritiden	Datum	Tidpunkt för inträffad skada
Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt	Har polisanmälan gjorts? Vid ja, bifoga anmälan	Ja <input type="checkbox"/> Nej

VAR HÄNDE OLYCKSFALLET - fyll i alla fält även om olyckan skedde på annan plats än i verksamheten

Hemkommun	
Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)	Telefonnummer
Verksamhetens adress	
Annan plats, beskrivning och/eller adress	

VAD HAR HÄNT? BESVARA ALLTID ALLA FRÅGOR

Vilken kroppsskada har du ådragit dig på grund av olycksfallet (Vid tandskada, fyll i bilagan nedan)

Hur gick olycksfallet till?

Har läkare anlåtats?

Ja Nej

Datum

Läkarens
namn

Telefonnr

Vid vilken vårdinrättning besöktes läkare? Ange namn och avdelning

Har skadan gipsats?

Ja
 Nej

Hur många veckor skall
gipsbehandlingen pågå?

Har läkare ordinerat skolskjuts?

Vid ja, bifoga intyg

Ja
 Nej

Har du blivit inlagd på sjukhus ?

Ja
 Nej

Om ja, vilket?

Under vilken period har du legat på
sjukhus?

Från

Till

Går du fortfarande
på behandling?

Ja Nej

Har du blivit sjukskriven?

Ja
 Nej

Vid ja, bifoga intyg

Var du vid olyckstillfället påverkad av alkohol,
medicin eller annat rusningsmedel?

Ja
 Nej

Befaras framtida men?

Ja
 Nej

Vid ja, vilken typ?

Har skadad kroppsdel tidigare varit
utsatt för skada eller sjukdom?

Ja
 Nej

Vid ja, datum?

Anlitades läkare?

Ja
 Nej

Beskriv den tidigare skadan eller
sjukdomen

BEHOV AV SKOLSKJUTS

SKOLSKJUTS

Behov av taxi till och från skolan p.g.a. olycksfall skall vara styrkt med ett intyg från behandlande läkare. Av intyget skall framgå under vilken tid taxi beviljats. Innan taxiresorna till och från skolan beställs, skall Stockholmsregionens Försäkring AB eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Stockholmsregionens Försäkring AB eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kan beställning av taxiresor göras.

ERSÄTTNINGSPRÅK (BIFOGA KVITTON I ORIGINAL)

BELOPP

SUMMA	0

Hantering av personuppgifter

För att kunna behandla din skadeanmälan behöver vi samla in och hantera personuppgifter. Vi hanterar dina personuppgifter i enlighet med den nya dataskyddsförordningen (GDPR) som gäller från och med den 25:e maj 2018.

På vår hemsida www.srfab.net kan du läsa mer om dataskyddsförordningen, dina rättigheter och hur vi hanterar personuppgifter.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnteckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande

ÖVRIG INFORMATION

Skadelidande med delat boende - andra adressen

Bostadsadress	Postnr och postadress
---------------	-----------------------

BILAGA TILL SKADEANMÄLAN VID TANDSKADA

Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun

Personnummer

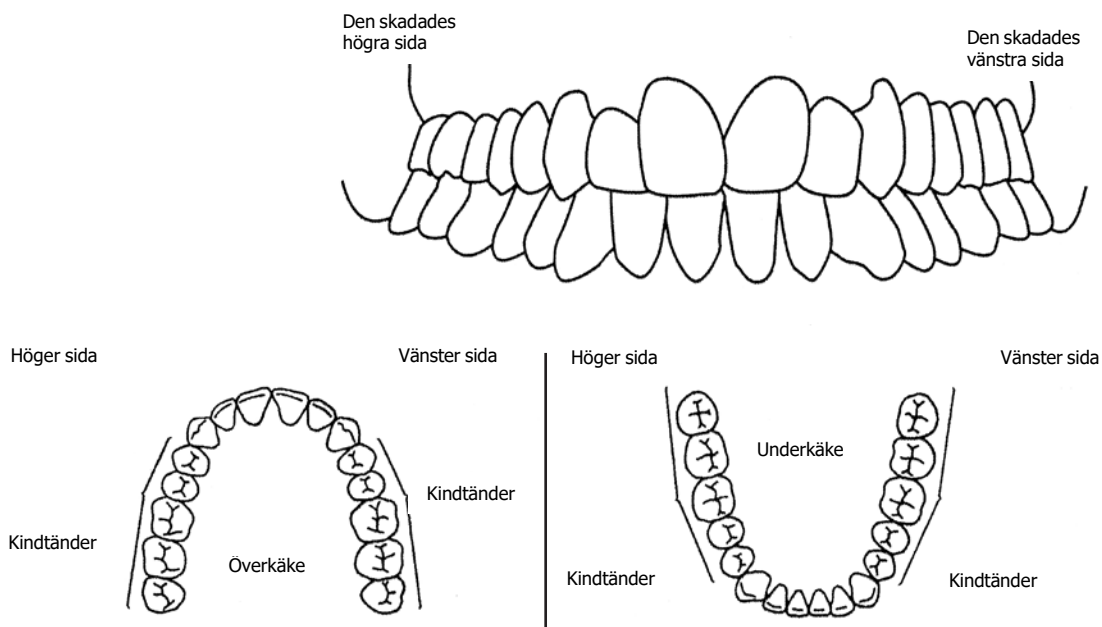
Skadedatum

Efternamn och förnamn

MARKERA NEDAN VILKA TÄNDER SOM SKADATS. GLÖM EJ ATT KRYSSA I MJÖLKTÄNDER/PERMANENTA TÄNDER

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE
Kryssa själv för på bilden vilka
tänder som blivit skadade

- Mjölktänder
 Permanenta tänder



Ort och datum	Namnteckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande