

Skadenummer:  
 (Ifylles av SRF)

## SKADEANMÄLAN Olycksfall - Kommun

### UPPGIFTER OM DEN SKADADE

Efternamn		Förnamn	
Personnummer			
Bostadsadress (vid delat boende, fyll i den andra adressen vid Övrig info)		Postnummer och postadress	
Telefon / Mobil	Email	Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till:			
Kontohavarens namn			
Bankens namn		Bankkonto inkl cleaing	Bankgiro Plusgiro
Berörs annan försäkring?	Om ja, vilket bolag?	Vilken typ av försäkring?	
Ja Nej			
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?	Om ja, vilket bolag?	Skadenummer	
Ja Nej			

### OM ANNAN ANMÄLARE - PERSONUPPGIFTER PÅ ANMÄLARE/KONTAKTPERSON

Efternamn	Förnamn
Telefon / Mobil	Email

### NÄR HÄNDE OLYCKSFALLET?

När inträffade olycksfallet?	Datum	Tidpunkt för inträffad skada
På väg till/från verksamheten I verksamheten På fritiden		
Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt	Har polisanmälan gjorts? (Vid ja, bifoga anmälan)	Ja 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	

Vilken kroppsskada har du ådragit dig på grund av olycksfallet? (Vid tandskada, fyll i bilagan nedan)			
Hur gick olycksfallet till?			
Har läkare anlitats? Ja            Nej		Datum	
Vårdklinikens namn			
Har såret behandlats av behörig vårdpersonal?	Ja Nej	Om ja, har det tejplats, limmats eller sytts?	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
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.

## ERSÄTTNINGANSPRÅK (BIFOGA KVITTON I ORIGINAL)

## BELOPP

<b>SUMMA</b>	

## HANTERING AV PERSONUPPGIFTER OCH UNDERSKRIFT AVSEENDE SKADEREGLERING - OBLIGATORISK

### 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](http://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
---------------	-----------------------



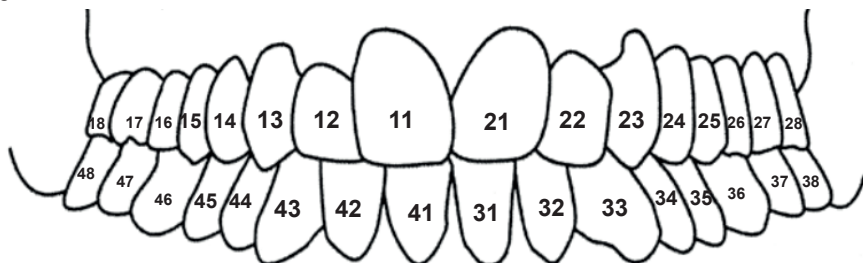
MARKERA NEDAN VILKA TÄNDER SOM SKADATS

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE.  
Fyll i vilka tänder som blivit skadade

Glöm INTE att kryssa i mjölk tänder/  
permanent tänder

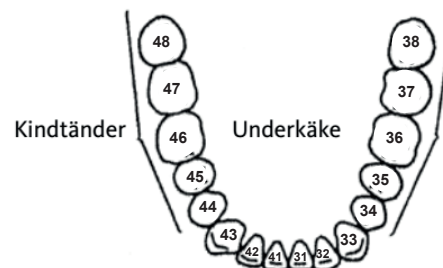
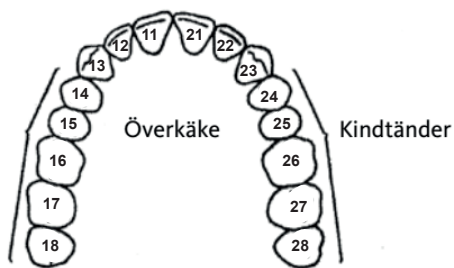
Den skadades  
högra sida

Den skadades  
vänstra sida



Vänster sida

Höger sida



Fyll i nummer på tänder som skadats

Mjölk tänder

Permanent tänder

Ort och datum	Namnteckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande