

KOMMUN OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

Skadeanmälan



Skadenummer (ifylles av ERV) _____

| | |
|--|---------|
| Försäkringsnummer | Kommun |
| Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola) | Telefon |
| Verksamhetens adress | |

Personuppgifter

| | | | |
|---------------|-------------|--------------|---------|
| Efternamn | Förnamn | Personnummer | |
| Adress | | Postnummer | Postort |
| Telefonnummer | Mobilnummer | E-mail | |

Eventuell ersättning utbetalas till:

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------|--|
| Namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade | | | |
| Bankens namn | | Bankgiro | Plusgiro |
| Clearingnummer | | Kontonummer | |
| Berörs annan försäkring? | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, vilket bolag? | Vilken typ av försäkring? |
| | Nej <input type="checkbox"/> | | Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> |
| Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, vilket bolag? | Skadenummer |
| | Nej <input type="checkbox"/> | | |

Beskrivning av händelsen

| | | |
|---|-------|---------------------------|
| När inträffade olycksfallet? | Datum | Tidpunkt för olycksfallet |
| På väg till/från verksamheten <input type="checkbox"/> I verksamheten <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> | | |
| Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt | | |
| Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet? | | |
| Hur gick olycksfallet till? | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| När och var anlitas läkare? | | |
| Läkarens namn och adress | | |
| Inlagd på sjukhus | Från datum | Till datum |
| Behandlas du fortfarande? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Befaras framtida men? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Om "Ja", vilken typ? | | |
| Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> Om "Ja", datum: |
| Anlitas läkare? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Ersättningsanspråk
Obs! Bifoga kvitton i original
Belopp

| | |
|--------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Summa | |

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 ordinerats. Innan taxiresorna till och från skolan beställs, skall ERV kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från ERV kan beställning av taxiresor göras.

Fullmakt

Fullmakt för ERV att i mitt ställe från Försäkringskassan återkräva ev. ersättning för sjukvårdskostnader i EU/EES - och andra länder.

Obligatorisk underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Ort och datum | Underskrift |
| Målsman/vårdnadshavare om minderårig | Namnförtydligande |

2384-1201