

Skadenummer (ifylles av Europeiska) _____

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?		

