

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 anlätades 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:
Anlätades 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