

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
Nej

Om ja, vilket bolag?

Vilken typ av försäkring?

Sjuk-/Olycksfall Annan

Har anmälan gjorts till
annat försäkringsbolag?

Ja
Nej

Om ja, vilket bolag?

Skadenummer

Beskrivning av händelsen

När inträffade olycksfallet?

Datum

Tidpunkt för olycksfallet

På väg till/från verksamheten I verksamheten På fritiden

Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt

Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till?

