

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?

