

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"/><br>Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, vilket bolag? | Vilken typ av försäkring?<br>Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> |
| Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? | Ja <input type="checkbox"/><br>Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, vilket bolag? | Skadenummer   |

### 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?   |       |                           |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>   |       |                           |

