

Skadeanmälan Kollektiv Olycksfallsförsäkring för elever mfl.

Den skadades namn:

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefon	E-post		
Skolan/förskolan/verksamhetens namn			Telefon

Beskrivning av händelsen:

Skadedatum	Klockslag för olycksfallet
När inträffade olycksfallet:	
<input type="checkbox"/> På väg till/från verksamheten <input type="checkbox"/> I verksamheten <input type="checkbox"/> På fritiden	
Vid trafikolycka, ange Fordonets regnr: _____ Försäkringsbolag: _____	
Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?	
Beskriv tydligt hur olycksfallet gick till	

När och var anlätades läkare?		
Läkarens namn och adress		
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum
Behandlas du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Befaras framtida men?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Om "Ja", vilken typ?		

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", datum:
Anlätades läkare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

Eventuell ersättning utbetalas till:

Namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade		
Bankens namn	Bankgiro	Plusgiro
Clearingnummer	Kontonummer	
Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag?	Vilken typ av försäkring? <input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag?	Skadenummer

Ersättningsanspråk Obs! Bifoga kvitton i original

Belopp

	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 Crawford & Co kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Crawford & Co kan beställning av taxiresor göras.

Fullmakt

Fullmakt för Crawford & Co 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

Skadeanmälan skickas till:

Crawford & Co/ Kommun Olycksfall
 Box 6044
 171 06 SOLNA
 E-post: olycksfall@crowco.se
 Telefon: 010-410 71 06

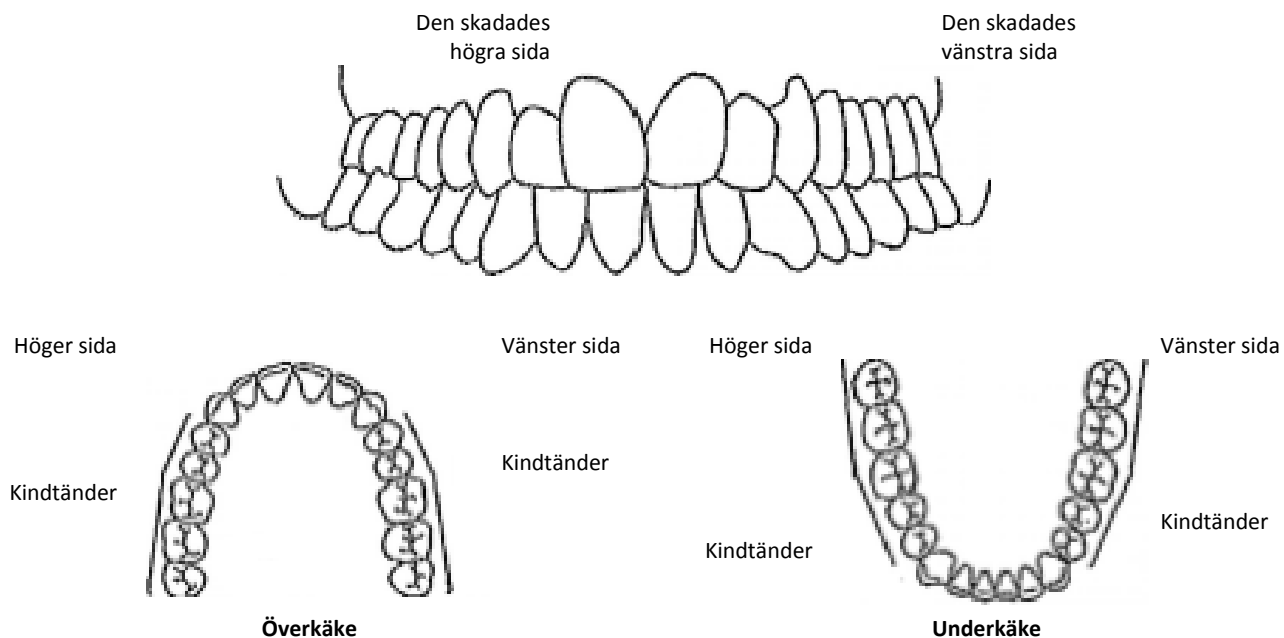
Bilaga till skadeanmälan vid tandskada

Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun	
Personnummer	Skadedatum
Efternamn och förnamn	

MARKERA NEDAN VILKA TÄNDER SOM SKADATS. GLÖM INTE ATT KRYSSA I MJÖLKTÄNDER/ PERMANENTA TÄNDER

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE. Kryssa själv i på bilden vilka tänder som blivit skadade.

- Mjölktänder
- Permanenta tänder



Ort och datum	Underskrift
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande