

SKADEANMÄLAN Olycksfall – Kommun

SKADELIDANDE

Efternamn		Förnamn	
Personnummer			
Bostadsadress		Postnr och postadress	
Telefon/Mobil		E-mail Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till:			
Bankens namn		Bankkonto inkl clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/>	
Namn om annan betalningsmottagare än försäkringstagaren			
Berörs annan försäkring?		Om ja, vilket bolag	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
		Vilken typ av försäkring	
		Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>	
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?		Om ja, vilket bolag	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
		Skadenummer	

NÄR HÄNDE OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet?		Datum		Tidpunkt för inträffad skada	
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			Har polisanmälan gjorts?		Ja <input type="checkbox"/>
			Vid ja, bifoga anmälan		Nej <input type="checkbox"/>

VAR HÄNDE OLYCKSFALLET

Kommun			
Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)		Verksamhetens adress	Telefonnummer
Beskrivning, annan plats			

BESVARAS ALLTID

Vilken kroppsskada har du ådragit dig på grund av olycksfallet (Vid tandskada, fyll i bilagan nedan)			
Hur gick olycksfallet till?			
Har läkare anlitats? Ja Nej	Datum	Läkarens namn	Telefonnr
Inlagd på sjukhus – vilket?	Från	Till	Går du fortfarande på behandling? Ja Nej
Har du blivit sjukskriven? Vid ja, bifoga intyg	Ja Nej	Var du vid olyckstillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?	Ja Nej
Befaras framtida men?	Ja Nej	Vid ja, vilken typ?	
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Ja Nej	Vid ja, vilken typ?	
Vid ja, datum	Anlitades läkare? Ja Nej		

ERSÄTTNINGANSPRÅK (BIFOGA KVITTON I ORIGINAL)

BELOPP

SUMMA	

Fullmakten måste fyllas i för att vi skall kunna utreda den nu anmälda skadan och bedöma din rätt till ersättning.

Hantering av personuppgifter

Alla uppgifter som du har lämnat till oss behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL). Ändamålet med behandlingen är att Stockholmsregionens Försäkring AB skall kunna fullgöra sina skyldigheter i samband med skadereglering.

Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att lämnas ut till andra bolag som Stockholmsregionens Försäkring AB samarbetar med, t ex GSR Skadeanmälningsregister AB och skaderegleringsfirma. Enligt lag kan vi även behöva lämna ut uppgifter till myndigheter.

Om du önskar information om vilka personuppgifter som Stockholmsregionens Försäkring AB behandlar om dig, kan du lämna eller skicka en skriftlig begäran härom till Stockholmsregionens Försäkring AB, Personuppgifter, Wallingatan 11, 111 60 Stockholm. Till samma adress kan du begära rättelse av felaktig eller ofullständig personuppgift.

Medgivande

Jag medger att Stockholmsregionens Försäkring AB eller den skaderegleringsfirma som Stockholmsregionens Försäkring AB anlitar, får inhämta information såsom journaler, intyg, registerutdrag och andra handlingar om mina hälso-, sjukskrivnings-, och inkomstförhållanden från läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare som Stockholmsregionens Försäkring AB anser sig behöva för att kunna handlägga skadeanmälan avseende mitt ärende. Fullmakten gäller till dess att den återkallas eller ärendet avslutas. Återkallas fullmakten innan ärendet har avslutats och Stockholmsregionens Försäkring AB inte har tagit del av alla handlingar som krävs för att reglera skadan kommer skaderegleringen avbrytas till dess ny fullmakt inkommer.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnteckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande

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 beviljats. Innan taxiresorna till och från skolan beställs, skall Stockholmsregionens Försäkring AB eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Stockholmsregionens Försäkring AB eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kan beställning av taxiresor göras.

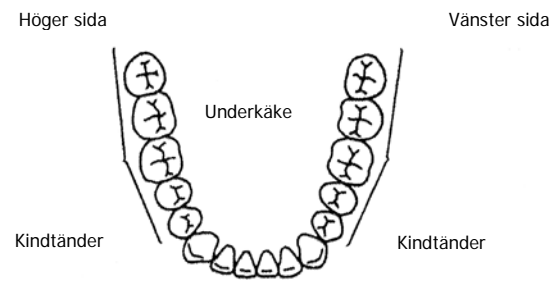
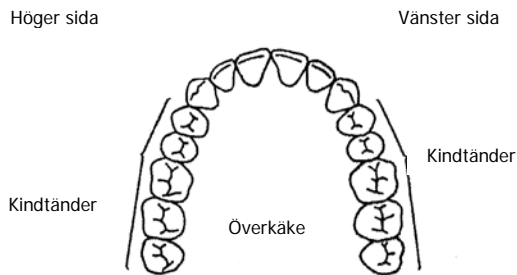
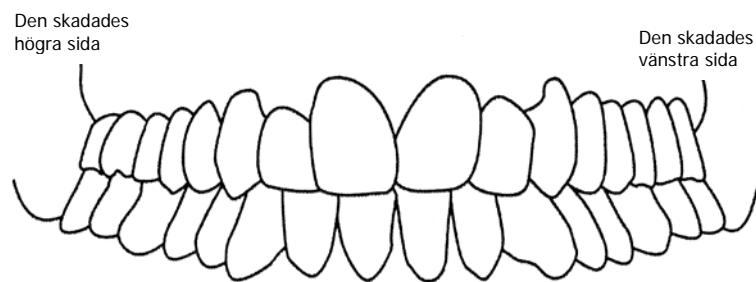
Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun
--

Personnummer	Skadedatum
Efternamn och förnamn	

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

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

Mjölktänder
Permanent tänder



Ort och datum	Namn-teckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namn-förtydligande