

**Datum**  
**ANMÄLAN OM OLYCKSFALL**  
Barn och ungdom

Skadenummer (ifylls av bolaget)

Namn, adress

Försäkringsnummer:	Telefon:	Personnummer:	Målsmans kontonummer, inkl clearingnr:
--------------------	----------	---------------	--

När inträffade olycksfallet?	Datum		Klockan	<input type="checkbox"/> I skolan	<input type="checkbox"/> På väg till eller från skolan	<input type="checkbox"/> På fritiden
------------------------------	-------	--	---------	-----------------------------------	--	--------------------------------------

Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp, under vilken sysselsättning och övriga omständigheter

Vilken kroppsskada har blivit följden?			
När anlätades läkare/tandläkare?	Datum	Läkarens namn och vårdinrättning	
Har den försäkrade varit inlagd på sjukhus över natt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket sjukhus/avd?	Under vilken tid?
Befaras framtida besvär eller invaliditet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har läkarbehandlingen avslutats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vilken läkare behandlar den försäkrade nu?	Läkarens namn och vårdinrättning		
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	På vilket sätt?	När?
Finns olycksfallsförsäkring även i annat bolag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket bolag?	Förs nr?

**Uppgift om kostnader** (Utgifterna ska styrkas med originalverifikationer)

Datum	Utgiftens art	Kostnad	Ver nr

**Underskrift av vårdnadshavare** (eller av den försäkrade om denne är myndig)

Härmed intygas att lämnade uppgifter är sanningsenliga.

**Ort och datum**

**Underskrift**

**Namnförtydligande**

\_\_\_\_\_