

Kommun

Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)

Telefon

Verksamhetens adress

### Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-mail

### Beskrivning av händelsen

När inträffade olycksfallet? På väg till/från verksamheten:      I verksamheten:      På fritiden:	Datum	Tidpunkt för olycksfallet
---	-------	---------------------------

Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt

Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till?

Har den försäkrade anlitat läkare/tandläkare?    Ja      Nej

Om Ja, ange adress till vårdgivare

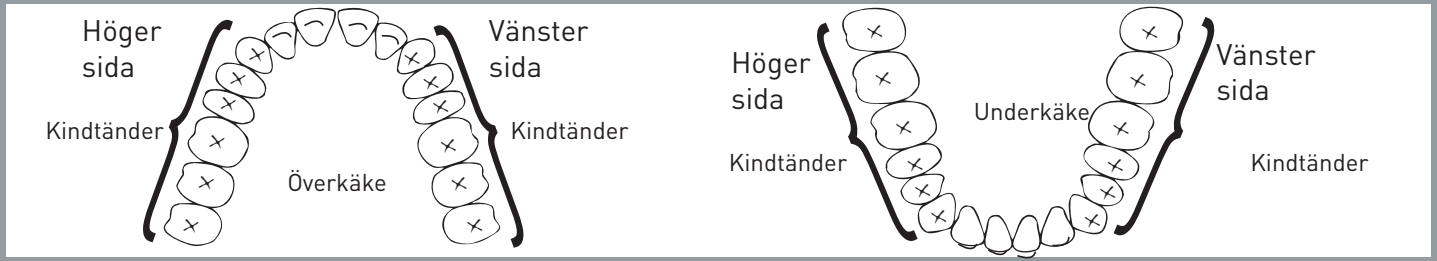
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum
-------------------	------------	------------

Behandlas du fortfarande?      Ja      Nej

Befaras framtida men?      Ja      Nej      Vet ej

Om "Ja", vilken typ?

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?    Ja      Nej      Om "Ja", ange datum:



Ersättningsanspråk Obs! Bifoga kvitton i original

Belopp:

<b>Summa:</b>	

Eventuell ersättning utbetalas till:

Namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade		Kontohavarens personnummer	
Bankens namn	Bankgiro	Plusgiro	
Clearingnummer	Kontonummer		
<small>För att utbetalning skall kunna ske, vänligen ange samtliga tecken (siffror och eventuella bindestreck).</small>			
Finns andra försäkringar	Ja Nej	Om ja, vilket bolag?	Vilken typ av försäkring? Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?	Ja Nej	Om ja, vilket bolag?	Skadenummer

### 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 Protector kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Protector kan beställning av taxiresor göras.

Obligatorisk underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Underskrift
Målsman/vårdnadshavare om mindreårig	Namnförtydligande