

**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**

\_\_\_\_\_