

Datum
ANMÄLAN OM OLYCKSFALL

Skadenummer (ifylls av bolaget)

Namn, adress

Tel. bostaden (även riktnr)	Tel. arbetet (även riktnr.)	Träffas säkrast kl.	Yrke eller sysselsättning
Försäkringsnummer	Personnr/organisationsnr:	Pg/Bg/Bankkonto (inkl clearing nr)	
Arbetsgivarens eller den egna firmans namn/bransch		<input type="checkbox"/> Egen företagare	<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Inte yrkesverksam
Övriga olycksfallsförsäkringar			
Bolag: _____		Försäkringsnummer: _____	

Organisations/föreningstillhörighet, ifylls i förekommande fall	
Medlemskapet och innehållet i anmälan styrkt av ansvarig inom organisationen/föreningen	
Datum	Underskrift

När inträffade olycksfallet?	Datum	Klockan	<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet	<input type="checkbox"/> På fritiden
Hur gick olycksfallet till? Ange plats händelseförlopp och övriga omständigheter					
Befaras framtida besvär eller invaliditet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Har läkarbehandlingen avslutas? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den				
Vilken kroppsskada har blivit följd? Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När?	På vilket sätt?		
Vilken dag avbröts arbetet p g a skadan?	Datum				
När anlätades läkaren?	Datum Läkarens namn och adress				
Vilken läkare sköter dig nu?	Läkarens namn och adress				
Har du varit inlagd på sjukhus över natt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket sjukhus?	Under vilken tid?		
Är du sjukskriven?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				

Härmed intygas att lämnade uppgifter är sanningsenliga.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Om den försäkrade inte själv är i stånd att skriva under anmälan bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom om fallet.