

Datum
ANMÄLAN - ÖVERFALL

Skadenummer (ifylls av bolaget)

Namn, adress

Tel. bostaden (även riktnr)	Tel. arbetet (även riktnr.)	Träffas säkrast kl.	Yrke eller sysselsättning
Försäkringsnummer	Den försäkrades personnr	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: _____	

När inträffade överfallet?	Datum	Klockan	<input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden
Skadeplats?	Skadeställets adress		
Polisuppgifter	Är händelsen polisanmäld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, bifoga polisanmälan!	
	Pågår polisutredning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Polisens diarienummer?	
	Är gärningsmannen känd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Personskador	Vilken kroppsskada har uppstått? Har denna kroppsdel varit skadad förut?		

	Var har du behandlats? Sjukhus, läkares namn?		
Övriga skador	Har du varit sjukskriven?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Eventuella övriga skador, t ex kläder eller dylikt?		
Eventuella vittnen	Namn, adress och telefonnummer		

Skadehändelse – redogör för skadehändelsen			

Obs! Fortsättning och underskrift på sidan 2

Fortsättning skadehändelse

Underskrift/Fullmakt

Fullmakt för Länsförsäkringar att hos Polisen eller andra myndigheter inhämta de upplysningar, som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Länsförsäkringar och att fullmakten avser hela skaderegleringen.

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.