



## Skadeanmälan Kollektiv Olycksfallsförsäkring för elever mfl.

Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)	Telefon
Verksamhetens adress	

### Personuppgifter för skadad:

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-mail

### Eventuell ersättning utbetalas till:

Namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade		
Bankens namn	Bankgiro	Plusgiro
Clearingnummer	Kontonummer	
Berörs annan försäkring?	Ja	Om ja, vilket bolag?
	Nej	
		Vilken typ av försäkring?
		Sjuk-/Olycksfall      Annan
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?	Ja	Om ja, vilket bolag?
	Nej	
		Skadenummer

### Beskrivning av händelsen:

När inträffade olycksfallet?	Datum	Tidpunkt för olycksfallet
På väg till/från verksamheten    I verksamheten    På fritiden		
Vid trafikolycka, ange		
Fordonets regnr:	Försäkringsbolag:	
Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?		
Hur gick olycksfallet till?		

När och var anlitas läkare?			
Läkarens namn och adress			
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", datum:
Anlitas läkare?	Ja	Nej	

Ersättningsanspråk	Obs! Bifoga kvitton i original	Belopp
		<b>Summa</b>

#### 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 Crawford & Co kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Crawford & Co kan beställning av taxiresor göras.

#### Fullmakt

Fullmakt för Crawford & Co att i mitt ställe från Försäkringskassan återkräva ev. ersättning för sjukvårdskostnader i EU/EES och andra länder.

#### Obligatorisk underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Underskrift
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Crawford & Co/ Kommun Olycksfall  
 Box 6044  
 171 06 SOLNA  
 E-post: olycksfall@crawco.se  
 Telefon: 08-508 299 26  
 Fax: 08-124 459 49

Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun  
Stockholms Stad

Personnummer

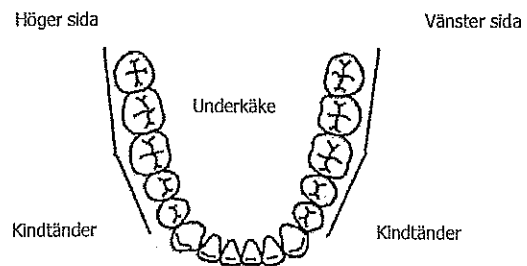
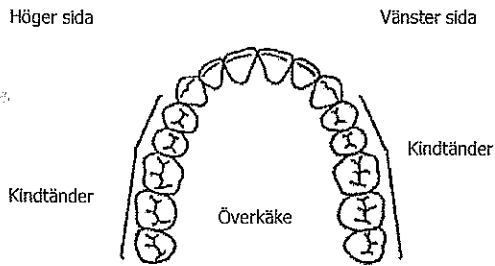
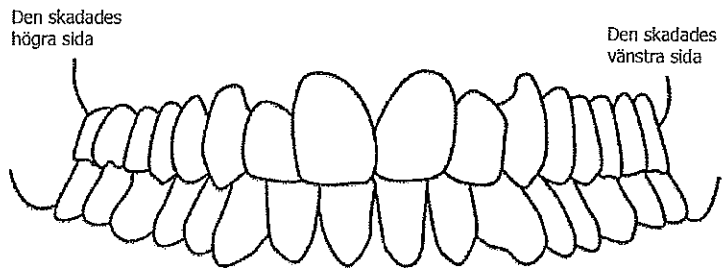
Skadedatum

Efternamn och förnamn

MARKERA NEDAN VILKA TÄNDER SOM SKADATS. GLÖM EJ ATT KRYSSA I MJÖLKTÄNDER/PERMANENTA TÄNDER.

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE  
Kryssa själv för på bilden vilka  
tänder som blivit skadade

- Mjölktänder  
 Permanenta tänder



Ort och datum

Namn-teckning

Målsman/vårdnadshavare om minderårig

Namn-förtydligande