



Svenska Kommun
Försäkrings AB

Skadeanmälan skickas till: **Crawford & Co/Kommun olycksfall**

Box 6044
171 06 SOLNA

E-postadress: olycksfall@crawco.se

Telefon: 010-410 71 06

Fax: 08-124 459 49

Skadeanmälan Kollektiv Olycksfallsförsäkring för elever mfl.

Den skadades namn:

| | | | |
|-------------------------------------|-------------|--------------|---------|
| Efternamn | Förnamn | Personnummer | |
| Adress | | Postnummer | Postort |
| Telefonnummer | Mobilnummer | | E-mail |
| Skolan/Förskolan/verksamhetens namn | | Telefon | |

Beskrivning av händelsen:

| | | |
|---|-----------------------------------|-------------------|
| Skadedatum | Klockslag för olycksfallet | |
| När inträffade 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? | | |
| Beskriv tydligt hur olycksfallet gick till | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|-------------------------------|------------|------------|--------|
| När och var anlätades 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? | | | |

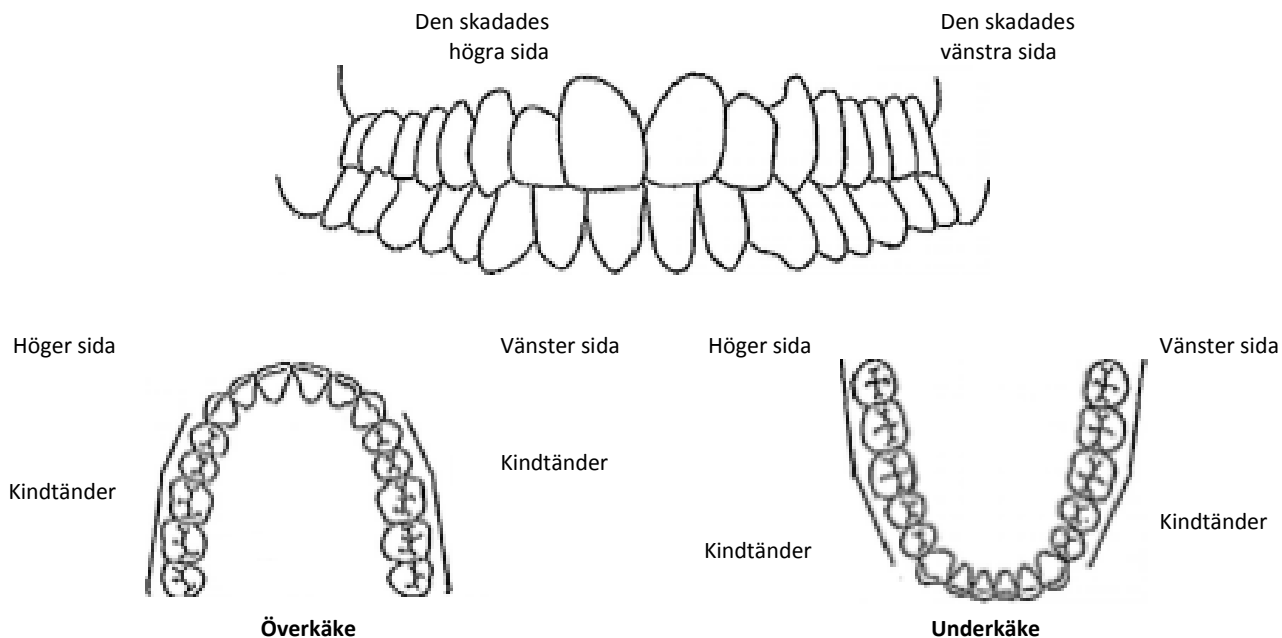
Bilaga till skadeanmälan vid tandskada

| | |
|--|------------|
| Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun | |
| Personnummer | Skadedatum |
| Efternamn och förnamn | |

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

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

- Mjölktänder
- Permanenta tänder



| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Ort och datum | Underskrift |
| Målsman/vårdnadshavare om minderårig | Namnförtydligande |