

Kommun \_\_\_\_\_

Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Verksamhetens adress \_\_\_\_\_

### Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-mail

### Beskrivning av händelsen

När inträffade olycksfallet? På väg till/från verksamheten <input type="checkbox"/> I verksamheten <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/>	Datum	Tidpunkt för olycksfallet
---	-------	---------------------------

Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt

Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till?

När och var anlätades läkare?

Läkarens namn och adress

Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum
-------------------	------------	------------

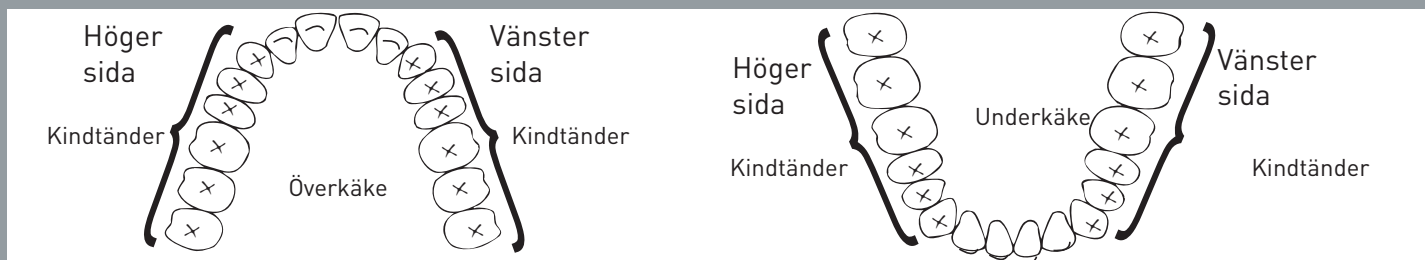
Behandlas du fortfarande? Ja  Nej

Befaras framtida men? Ja  Nej  Vet ej

Om "Ja", vilken typ?

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Ja  Nej  Om "ja", datum: \_\_\_\_\_

Anlätades läkare? Ja  Nej



### Ersättningsanspråk Obs! Bifoga kvitton i original

### Belopp

<b>Summa</b>	

### Eventuell ersättning utbetalas till:

Namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade		Kontohavarens personnummer	
Bankens namn	Bankgiro	Plusgiro	
Clearingnummer	Kontonummer		
Finns andra försäkringar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag?	Vilken typ av försäkring? Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag?	Skadenummer

### 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 Protector kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Protector kan beställning av taxiresor göras.

### Fullmakt

Fullmakt för Protector 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 mindreårig	Namnförtydligande