

Skadeanmälan

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:

I verksamheten:

På fritiden:

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?

Har den försäkrade anlitat läkare/tandläkare? Ja Nej

Om Ja, ange adress till vårdgivare

Inlagd på sjukhus

Från datum

Till datum

Behandlas du fortfarande?

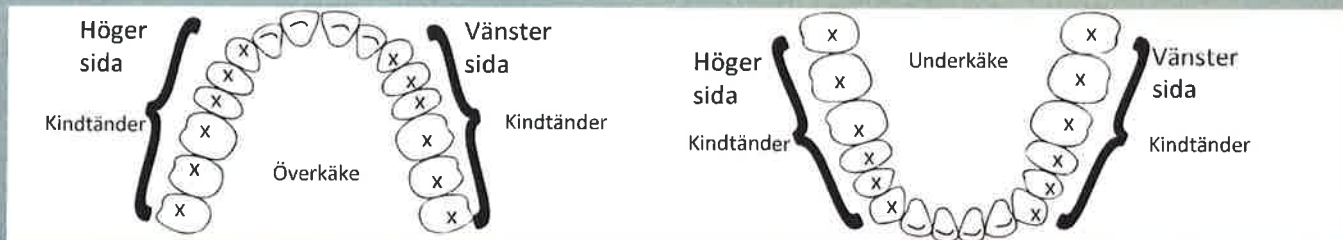
Ja Nej

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", ange datum:



Ersättningsanspråk Obs! Bifoga kvitton i original

Belopp:

Summa:

--

Eventuell ersättning utbetalas till:

Namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade

Kontohavarens personnummer

Bankens namn

Bankgiro

Plusgiro

Clearingnummer

Kontonummer

För att utbetalning skall kunna ske, vänligen ange samtliga tecken (siffror och eventuella bindestreck).

Finns andra försäkringar

Ja
 Nej

Om ja, vilket bolag?

Vilken typ av försäkring?

Sjuk-/Olycksfall Annan

Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?

Ja
 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.

Jag är införstådd i att Protector behöver behandla nödvändiga och relevanta uppgifter för att kunna hantera ärendet, inklusive känsliga personuppgifter såsom hälsouppgifter. Jag ger härmed Protector mitt samtycke till att behandla de uppgifter i skadeanmälan som är nödvändiga och relevanta för att ta ställning i mitt ärende och beräkna eventuell ersättning. Om det är nödvändigt att inhämta ytterligare hälsouppgifter om mig, kommer Protector att be om ett nytt uttryckligt samtycke för det aktuella inhämtandet. Samtycket kan när som helst återkallas genom att kontakta Protector per brev eller e-post, och vår behandling av personuppgifterna kommer då att upphöra.

Ja, jag samtycker

Ort och datum

Underskrift

Målsman/vårdnadshavare om mindreårig

Namnförtydligande