

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? \_\_\_\_\_

När och var anlätades läkare? \_\_\_\_\_

Läkarens namn och adress \_\_\_\_\_

Inlagd på sjukhus \_\_\_\_\_ Från datum \_\_\_\_\_ Till datum \_\_\_\_\_

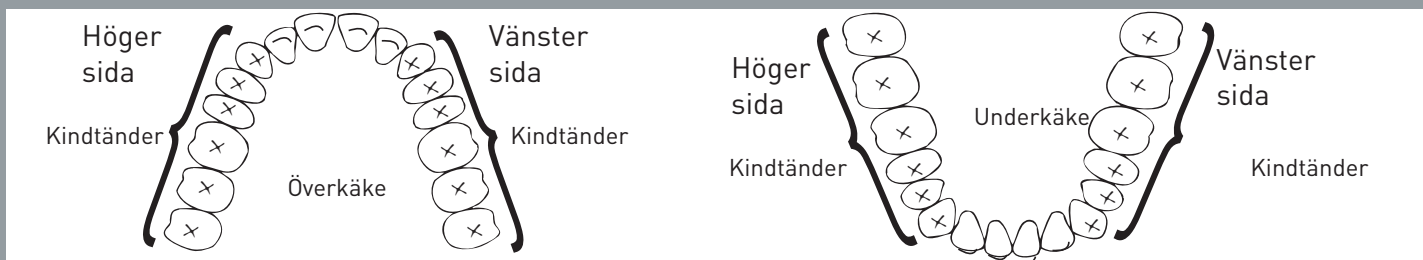
Behandlas du fortfarande? Ja  Nej

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

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

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.

## 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