

OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

Skadeanmälan

Föreningens namn:

Personuppgifter gruppledmedlem

| | | |
|---------------|-------------|--------------|
| Efternamn | Förnamn | Personnummer |
| Adress | Postnummer | Postort |
| Telefonnummer | Mobilnummer | E-mail |

Beskrivning av händelsen

| | | | | |
|---|------------|--------------|--------|---------------------------|
| När inträffade olycksfallet? På väg till/från arbetet: | I arbetet: | 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 | <input type="checkbox"/> |
| Om "Ja", vilken typ? | | | | |
| Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Ja Nej Om "Ja", ange datum: | | | | |

