

Knivsta kommun Försäkring nr 248043

Den skadade

Namn		Personnummer
Adress		Telefon till den skadade eller vårdnadshavare
Postnummer och ort		
Skolans, förskolans, eller verksamhetens namn		
Mejladress till den skadade eller vårdnadshavare		
Namn på vårdnadshavare		Personnummer på vårdnadshavare
Till vem ska ersättningen betalas, ange namn		
Kontonummer inkl clearingnummer		
Övriga olycksfallsförsäkringar	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja vilket försäkringsbolag

Allmänna uppgifter

När inträffade olycksfallet?	Datum	Klockan
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.		
Vilken kroppsskada har blivit följden?		
Vid tandskada	Mjölktand <input type="checkbox"/> Permanent tand <input type="checkbox"/>	Vilken/vilka tänder är skadade
När anlätades läkare eller tandläkare	Datum	Vilken vårdgivare?
Har du vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Under vilken tid? På vilket sjukhus?
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När? På vilket sätt?
Pågår läkarbehandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hos vilken vårdgivare?
Befaras framtida besvär eller invaliditet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Fortsättning på baksidan

Kostnader för vård, medicin och resor

Datum	Vad avser kostnaden	Kostnad

Övriga upplysningar

Underskrift

Ort, datum	Underskrift
------------	-------------

Om den försäkrade själv inte kan skriva under anmälan bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom av fallet

Anmälan sänds till:

Länsförsäkringar Uppsala
Box 2147
750 02 Uppsala