

**Skadenummer:**  
(Ifylles av SRF)

## SKADEANMÄLAN Olycksfall – Kommun

### SKADELIDANDE

Efternamn		Förnamn	
Personnummer			
Bostadsadress (vid delat boende, fyll i den andra adressen vid <i>Övrig info</i> )		Postnr och postadress	
Telefon/Mobil		E-mail <span style="float: right;">Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail</span>	
Eventuell ersättning utbetalas till:			
Bankens namn		Bankkonto inkl clearing    Bankgiro    Plusgiro	
Namn om annan betalningsmottagare än skadelidande			
Berörs annan försäkring? Ja    Nej		Om ja, vilket bolag	Vilken typ av försäkring
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? Ja    Nej		Om ja, vilket bolag	Skadenummer

### NÄR HÄNDE OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet? På väg till/från verksamheten    I verksamheten    På fritiden		Datum	Tidpunkt för inträffad skada
Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt		Har polisanmälan gjorts? Vid ja, bifoga anmälan	Ja Nej

### VAR HÄNDE OLYCKSFALLET - fyll i alla fält även om olyckan skedde på annan plats än i verksamheten

Hemkommun	
Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)	Telefonnummer
Verksamhetens adress	
Annan plats, beskrivning och/eller adress	

**VAD HAR HÄNT? BESVARA ALLTID ALLA FRÅGOR**

Vilken kroppsskada har du ådragit dig på grund av olycksfallet (Vid tandskada, fyll i bilagan nedan)			
Hur gick olycksfallet till?			
Har läkare anlitats? Ja Nej	Datum	Läkarens namn	Telefonnr
Vid vilken vårdinrättning besöktes läkare? Ange namn och avdelning			
Har skadan gipsats?	Ja Nej	Hur många veckor skall gipsbehandlingen pågå?	Har läkare ordinerat skolskjuts? Vid ja, bifoga intyg
			Ja Nej
Har du blivit inlagd på sjukus ?	Ja Nej	Om ja, vilket?	
Under vilken period har du legat på sjukhus?	Från	Till	Går du fortfarande på behandling? Ja Nej
Har du blivit sjukskriven? Vid ja, bifoga intyg	Ja Nej	Var du vid olyckstillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?	Ja Nej
Befaras framtida men?	Ja Nej	Vid ja, vilken typ?	
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Ja Nej	Vid ja, datum?	Anlitades läkare? Ja Nej
Beskriv den tidigare skadan eller sjukdomen			

**ERSÄTTNINGANSPRÅK (BIFOGA KVITTON I ORIGINAL)**

**BELOPP**

SUMMA	

**Fullmakten måste fyllas i för att vi skall kunna utreda den nu anmälda skadan och bedöma din rätt till ersättning.**

**Hantering av personuppgifter**

Alla uppgifter som du har lämnat till oss behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL). Ändamålet med behandlingen är att Stockholmsregionens Försäkring AB skall kunna fullgöra sina skyldigheter i samband med skadereglering.

Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att lämnas ut till andra bolag som Stockholmsregionens Försäkring AB samarbetar med, t ex GSR Skadeanmälningsregister AB och skaderegleringsfirma. Enligt lag kan vi även behöva lämna ut uppgifter till myndigheter.

Om du önskar information om vilka personuppgifter som Stockholmsregionens Försäkring AB behandlar om dig, kan du lämna eller skicka en skriftlig begäran härom till Stockholmsregionens Försäkring AB, Personuppgifter, Wallingatan 33, 111 24 Stockholm. Till samma adress kan du begära rättelse av felaktig eller ofullständig personuppgift.

**Medgivande**

Jag medger att Stockholmsregionens Försäkring AB eller den skaderegleringsfirma som Stockholmsregionens Försäkring AB anlitar, får inhämta information såsom journaler, intyg, registerutdrag och andra handlingar om mina hälso-, sjukskrivnings-, och inkomstförhållanden från läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare som Stockholmsregionens Försäkring AB anser sig behöva för att kunna handlägga skadeanmälan avseende mitt ärende. Fullmakten gäller till dess att den återkallas eller ärendet avslutas. Återkallas fullmakten innan ärendet har avslutats och Stockholmsregionens Försäkring AB inte har tagit del av alla handlingar som krävs för att reglera skadan kommer skaderegleringen avbrytas till dess ny fullmakt inkommer.

**Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.**

Ort och datum	Namnteckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande

**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 beviljats. Innan taxiresorna till och från skolan beställs, skall Stockholmsregionens Försäkring AB eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Stockholmsregionens Försäkring AB eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kan beställning av taxiresor göras.

**ÖVRIG INFORMATION**

**Skadelidande med delat boende - andra adressen**

Bostadsadress	Postnr och postadress
---------------	-----------------------

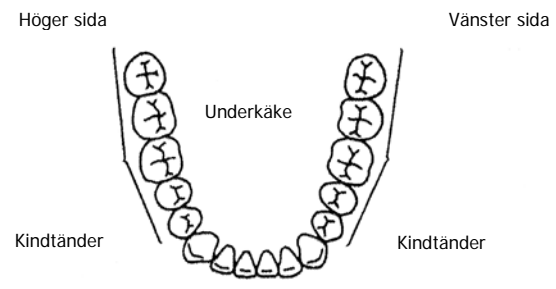
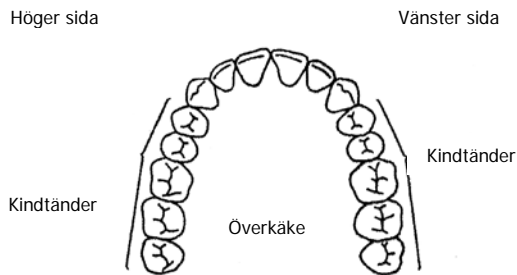
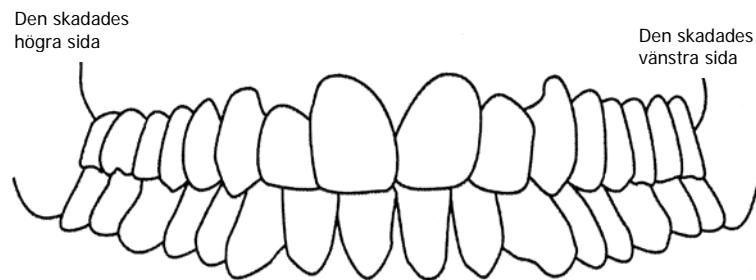
Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun
--

Personnummer	Skadedatum
Efternamn och förnamn	

MARKERA NEDAN VILKA TÄNDER SOM SKADATS. GLÖM EJ ATT KRYSSA I MJÖLKTÄNDER/PERMANENTA TÄNDER.

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE  
Kryssa själv för på bilden vilka  
tänder som blivit skadade

Mjölktänder  
Permanenta tänder



Ort och datum	Namn-teckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namn-förtydligande