

SKADEANMÄLAN/ERSÄTTNINGANSÖKAN

Gruppolycksfallsförsäkring

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn/Företag	Personbeteckning/FO-nummer
Adress	
E-postadress	Tel./mobil
Ersättningsmottagare	
Iban kontonr.	

DEN FÖRSÄKRADE

Namn	Personbeteckning
Adress	

OLYCKSFALL

Olycksfallet inträffade (DDMMÅÅÅÅ)	<input type="checkbox"/> Skola, kärnämne	<input type="checkbox"/> Tillvalsämne	<input type="checkbox"/> Läger	<input type="checkbox"/> Träning/Tävling	<input type="checkbox"/> Övrigt
Olycksfallet inträffade (plats)					
Skadad kroppsdel					
Vårdplats/vårdinrättning					
Hur inträffade olycksfallet					
Har den försäkrade någon sjukdom som påverkat olycksfallet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hade den försäkrade intagit alkohol, narkotika, läkemedel vid olyckstillfället?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

ERSÄTTNINGANSPRÅK

Samtliga punkter på ansökan bör noggrant ifyllas.

Värdkostnader

Vid ansökan om ersättning bifogas faktura eller kvitto över kostnaderna som uppstått till följd av olycksfallet.

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att de uppgifter jag uppgett är riktiga	
_____	_____
Ort och datum	Försäkringstagares/kontaktpersons namnteckning