



Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Utdelningsadress

Postnr och postort

Telefon dagtid

Mobil

E-post

Är ni redovisningsskyldig för moms?

Ja Nej

Person-/Org.nr

Utbetalning önskas till

Plusgiro Bankgiro

Kontaktperson

Kontonummer

Skadelidande

Skadelidandes namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnr och postort

Är den skadelidande anställd hos försäkringstagaren?

Ja Nej

Utbetalning önskas till

Bankkonto Plusgiro Bankgiro

Kontonummer - vid bankgiro ange även clearingnr

Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl

Var inträffade olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till? Dataljerad beskrivning (fortsätt på nästa sida om detta utrymme inte räcker)

Vilken kroppsskada uppkom?

När anlätades läkare?

Vilken läkare (namn, adress, telefon)

Har den skadade kroppsdelen tidigare varit satt för skada eller sjukdom?

Ja Nej

I så fall när?

Vilken läkare anlätades då? (namn/adress)

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja Nej

Befaras invaliditet?

Ja Nej

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Ja Nej

Bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja Nej

