

Skadeanmälan skickas till:



Skadeavdelningen/AIG Försäkring
Box 3122
103 62 Stockholm
Tel: 08 - 506 920 80
Fax: 08 - 506 920 95

SKADEANMÄLAN Kommunförsäkring

Skadenummer
(Ifylles av AIG)

FÖRSÄKRINGSTAGARE

| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnummer | Försäkringsnummer (ej obligatoriskt) | | |
| Efternamn | Förnamn | | |
| Bostadsadress | Postnr och postadress | | |
| Telefon/Mobil | E-mail | <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail | |
| Eventuell ersättning utbetalas till: | | | |
| Bankens namn | <input type="checkbox"/> Bankkonto inkl clearing | <input type="checkbox"/> Bankgiro | <input type="checkbox"/> Plusgiro |
| Namn om annan betalningsmottagare än försäkringstagaren | | | |
| Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om ja, vilket bolag | | Vilken typ av försäkring <input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan |
| Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Bolag | Skadenummer |

OLYCKSFALL

| | | |
|--|----------------------|---------------|
| Kommun | | |
| Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola) | Verksamhetens adress | Telefonnummer |

BESVARAS ALLTID

| | | |
|---|-------|------------------------------|
| När och var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> På väg till/från verksamheten <input type="checkbox"/> I verksamheten <input type="checkbox"/> På fritiden | Datum | Tidpunkt för inträffad skada |
| Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag | | |
| Vilken kroppsskada har ni ådragit er på grund av olycksfallet | | |
| Hur gick olycksfallet till? | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Fortsätt på nästa sida

| | | | |
|---|---|--|--|
| När och var anlätades läkare? | Datum | Läkare | Telefonnummer |
| Inlagd på sjukhus | Från datum | Till datum | Går du fortfarande på behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har ni blivit sjukskriven? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Har ni ordinerats sängläge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Befaras framtida men? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Vid ja, vilken typ? | |
| Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| Om ja, datum | Anlätades läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |

ERSÄTTNINGSPÅRÅG (BIFOGA KVITTON I ORIGINAL)

BELOPP

| | |
|--|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | Summa: |

UNDERSKRIFT – OBLIGATORISK

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 AIG kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från AIG kan beställning av taxiresor göras.

Fortsätt på nästa sida

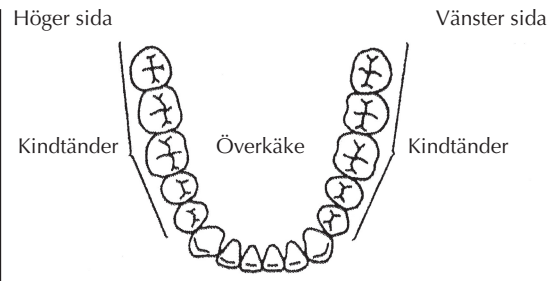
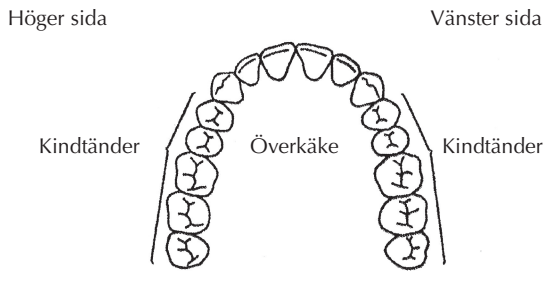
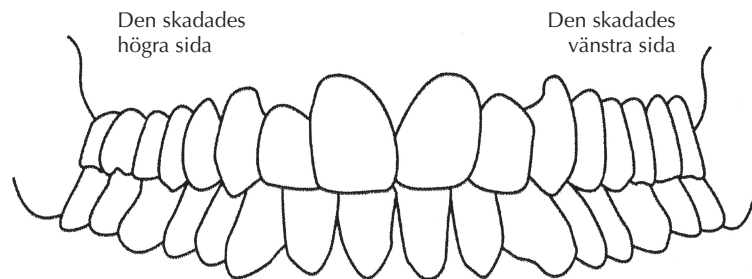
AIG-Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

| | |
|------------------------|-------------|
| Personnummer: | Skadedatum: |
| Efternamn och förnamn: | |

Markera nedan vilka tänder som skadats. Glöm ej att kryssa i mjölk tänder/permanenta tänder.

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

- Mjölktänder
 Permanenta tänder



| | |
|----------------|--------------------------------------|
| Ort och datum: | |
| Namnteckning: | Målsmans namnteckning om minderårig: |