

A. Uppgifter om försäkringstagaren

Kommun/Skola	Försäkringsnummer/Organisationsnummer
--------------	---------------------------------------

B. Uppgifter om den försäkrade/skadelidande

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	E-postadress
Kontonummer för utbetalning av ev. ersättning (ange clearingnummer och kontonummer)	
Har den försäkrade andra sjuk- och/eller olycksfallsförsäkringar? (inkl. gruppförsäkringar) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange försäkringsnummer och försäkringsbolagets namn
Har skadan anmälts till annan försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange vilket försäkringsbolag

C. Olycksfallsskada

1. När inträffade olycksfallet?
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skola/arbete <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/arbete <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> Verksamhetstid (måste intygas av gruppöreträdare, sida 3)
3. Beskriv händelseförloppet detaljerat
4. Beskriv vilka kroppsskador som blev följden av olycksfallet
5. Är skadan polisanmäld? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Var den skadelidande vid tillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

7. Har den skadelidande uppsökt läkare för vård?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange var och när läkare uppsökts
8. Vilken behandling har den skadelidande fått?		
9. Har den skadelidande varit inskriven på sjukhus för vård?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange vilken period
10. Har den skadelidande varit akut inlagd för vård?		
11. Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat den skadelidande och/eller där den skadelidande varit inlagd		
12. Har den skadelidande varit sjukskriven?		
<input type="checkbox"/> Ja, till och med: <input type="checkbox"/> Nej		
13. Är den skadelidande helt återställd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej, ange vilken behandling som pågår
14. Finns risk för bestående men/ärr?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
15. Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, har den skadelidande fått ersättning från annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. När och på vilket sätt?		
17. Vilken läkare/tandläkare anlätades då?		
18. Trafikskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bilens registreringsnummer samt försäkringsbolag

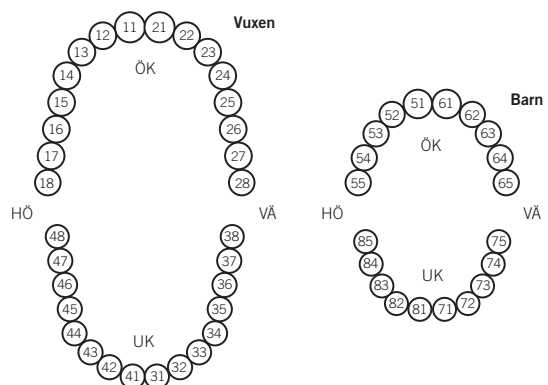
D. Kostnader

Försäkringens kan lämna ersättning för kläder och glasögon som skadats vid olycksfallet. En förutsättning är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling krävs. Specificera skadade föremål med omfattning på skadan, ålder och inköpspris. Bifoga ev. kvitton.

E. Tandskada

1. Har den skadelidande uppsökt tandläkare?
Om Ja, ange tandläkarens namn och adress

Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats/förlorats



F. Övriga upplysningar

G. Intyg från gruppföreträdaren

Intyggar att skadelidande omfattas av den försäkrade gruppen samt att skadan inträffat under den tid som angivits.
OBS, underskrift av gruppföreträdare behövs vanligtvis inte då skadelidande omfattas av kommunens skolbarnsförsäkring.

Underskrift av gruppföreträdare**Namnförtydligande**

.....

.....

Ort och datum**Telefonnummer**

.....

.....

Gemensamt skadeanmälningsregister (GSR)

Försäkringsförbundets Service AB driver genom sitt dotterbolag GSR Skadeanmälningsregister AB ett branschgemensamt register över skadeanmälningar.

Syftet med registret är att förhindra utbetalningar av skadeersättningar som grundar sig på oriktiga uppgifter. När en skada anmäls till Länsförsäkringar Skåne registreras sedan anmälan i GSR. Uppgift om skadetyper, skadedatum, skadenummer, handläggare, försäkringsbolag och personnummer anges.

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att Länsförsäkringar Skåne äger rätt att registrera mitt skadeärende i ett för branschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR), se information ovan.

Underskrift av skadelidande/vårdnadshavare**Datum** (år, månad, dag)**Underskrift**

.....

.....

Namnförtydligande

.....