



Svenska Kommun
Försäkrings AB

Skadeanmälan skickas till: **Crawford & Co/Kommun olycksfall**

Box 6044

171 06 SOLNA

E-postadress: skfab.olycksfall@crowco.se

Telefon: 08-508 299 26

Fax: 08-124 459 49

Skadeanmälan Kollektiv Olycksfallsförsäkring för elever mfl.

Den skadades namn:

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-mail	
Skolan/Förskolan/verksamhetens namn		Telefon	

Beskrivning av händelsen:

Skadedatum	Klockslag för olycksfallet	
När inträffade olycksfallet:		
På väg till/från verksamheten	i verksamheten	På fritiden
Vid trafikolycka, ange Fordonets regnr: Försäkringsbolag:		
Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?		
Beskriv tydligt hur olycksfallet gick till		

När och var anlitas läkare?			
Läkarens namn och adress			
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum	
Behandlas du fortfarande?	Ja	Nej	
Befaras framtida men?	Ja	Nej	Vet ej
Om "Ja", vilken typ?			

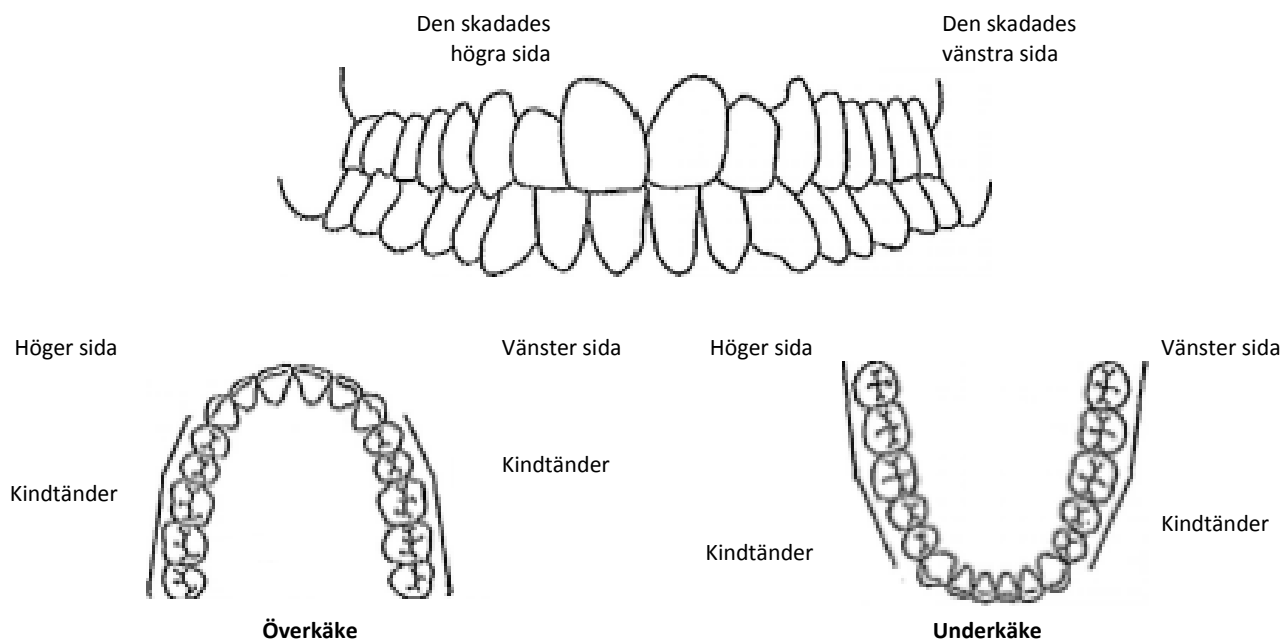
Bilaga till skadeanmälan vid tandskada

Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun	
Personnummer	Skadedatum
Efternamn och förnamn	

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

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

- Mjölktänder
- Permanenta tänder



Ort och datum	Underskrift
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande