

## Falu kommun-skololycksfall

### Försäkringstagare

Namn enligt försäkringsbrev	Organisationsnummer	Telefonnummer
-----------------------------	---------------------	---------------

### Skadad/sjuk

Namn	Personnummer	Yrke
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Telefonnr dagtid	Mobil nr	Skolans namn
<input type="checkbox"/> Egen företagare <input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Ej yrkesverksam	Härmed intygas att olycksfallet hänt under verksamhet som omfattas av försäkringen.	
Organisations-/föreningstillhörighet (fylls i i förekommande fall)	Datum	Underskrift av ansvarig på skolan

### Allmänna uppgifter

När inträffade olycksfallet/sjukdomen?	År	Månad	Dag	<input type="checkbox"/> I arbetet/skolan <input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet/skolan <input type="checkbox"/> På fritid
Vilken dag avbröts arbetet/skolan p g a skadan/sjukdomen?	År	Månad	Dag	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis
När anlätades läkare?	År	Månad	Dag	Läkarens och vårdinrättningens namn och adress
Vilken läkare behandlar dig nu?	Läkarens och vårdinrättningens namn och adress			
Var vårdas du nu?	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> Sjukhus			Vilket sjukhus?
Hur länge anser läkaren att arbetsförmåga kommer att vara?				Bifoga sjukskrivningsintyg
Har läkarbehandlingen avslutats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	År	Mån	Dag
Har du andra olycksfalls- eller sjukförsäkringar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnr	Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du tidigare fått ersättning för olycksfall eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När?	Varifrån?	

### Olycksfall

Var hände olyckan?			
Händelseförlopp och övriga omständigheter			
Vilken kroppsskada har blivit följd?	Skada	Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Om "Ja", när? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	På vilket sätt?		
Omfattas du av trygghetsförsäkring vid arbetsskada hos Afa?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

### Ersättningsanspråk

**OBS!** Kostnader för resor i samband med vård och behandling ska i första hand betalas av landstinget. Utgifter ska styrkas med **originalkvitton** eller landstingets "Intyg om utbetald sjukvårdsersättning".

Vid trafikskada ska kostnader ersättas genom trafikförsäkringen. Vid arbetsskada ska kostnader ersättas av AFA om du omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA).

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Totalkostnad	Ersätts av försäkringskassa eller landsting	Återstående belopp	Verifikation nr

Skadad löseegendom ersätts i vissa fall, se försäkringsbrev och villkor	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpspris	Ersättningsanspråk i kr

### Ersättningen utbetalas till

Namn			
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Utbetalning önskas insatt på	Ange vilken bank	Clearingnr	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto			
Utbetalning önskas insatt på	Kontonummer		
<input type="checkbox"/> Personkonto			

### Underskrift (om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.		
Ort och datum	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	E-post
Namnteckning	Namnförtydligande	

Om den försäkrade inte själv är i stånd att skriva under anmälan, bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom om fallet.

De personuppgifter du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om vår behandling av personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats.