

Skadeanmälan

Olycksfall

DEN SKADADES NAMN

Namn	Personnummer	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Vid behov av taxiresor, faxa skadeanmälan med läkarintyg till oss på 08-56 88 70 61
Landstingets eller kommunens och skolans namn (förskolans, daghemmets, etc)	Handläggare (ifylls av lf)	
E-post		

OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet (datum)?	<input type="checkbox"/> på väg till/från skolan/fritidshemmet/daghemmet <input type="checkbox"/> på fritiden
Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> i skolan <input type="checkbox"/> i fritidshemmet <input type="checkbox"/> i daghemmet <input type="checkbox"/> annan plats, vilken:	
Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Vilka kroppsskador (samtliga) blev följden?

Vilken läkare/tandläkare har behandlat skadan?	Är ni återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange läkarens/tandläkarens namn samt adress	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom eller har barnet/eleven i övrigt haft symptom, t.ex. ömhet, värk, stelhet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sedan när? Anlitades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" ange läkarens/tandläkarens namn samt adress	
<hr/> <hr/>	

INTYG OM BEHOV AV TRANSPORT MELLAN SKOLA OCH BOSTAD (ifylls av behandlande läkare)

1. Diagnos (huvuddiagnosen stryks under)

2. Anser du att åkomman uppkommit direkt och uteslutande till följd av olycksfallet?
 Ja Nej

3. Anser du att patienten är i behov av särskilt transportmedel för resa till och från skolan? | Fr.o.m.–t.o.m. | Färdsätt
 Nej Ja

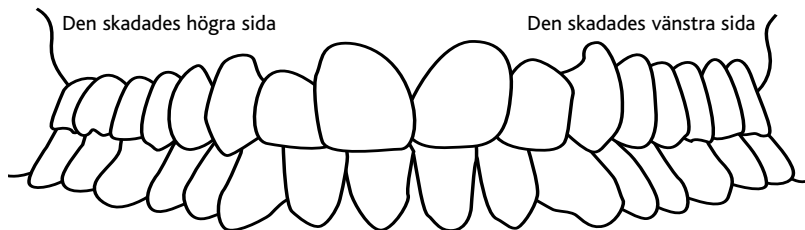
4. Anser du att åkomman är läkt?
 Ja, utan kvarstående men Nej

Datum	Namnsteckning av behandlande läkare	Namnstämpel eller textat namn
-------	-------------------------------------	-------------------------------

BESVARAS VID TANDSKADA

OBS! Intyg från tandläkare behövs inte för Ifs bedömning. Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

- Mjölktänder
 Permanenta tänder



KOSTNADER

Vilka kostnader har skadan medfört?

Sänd oss originalkvitton*

Datum för behandlingen	Utgiftens art (läkararvode, förbandsartiklar, resor etc)	Total kostnad	Av landstinget ersatt belopp	Återstående belopp	Kvitto nr

*) Kläder som klipps sönder av sjukvårdspersonal sparas för eventuell besiktning.

BETALNINGSSÄTT

Ange konto för insättning av ersättningsbelopp (markera med X och fyll i kontonummer) – Anges ej konto sker utbetalning genom postgiro.

<input type="checkbox"/> Bankkonto (inkl clearingnr)	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Postgiro
--	-----------------------------------	-----------------------------------

ANDRA FÖRSÄKRINGAR

Finns andra försäkringar där olycksfall ingår? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har ersättning utbetalats från annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRAD (av vårdnadshavare om den skadade är omyndig)

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna If de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. If anser sig behöva för att bedöma ersättningsanspråken.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Telefon under dagtid



Skickas till:
If
F200
106 80 Stockholm
Telefon: 0771-815 818
Mail: skadeservice@if.se