

Skadad		Försäkringsnummer	Skada nr (fylls i av LF)
Förnamn, efternamn		Personnummer	Telefon bostad (inkl riktnr)
Postadress		Yrke/Sysselsättning	Telefon arbete/Mobiltelefon (inkl riktnr)
Postnummer och ort		E-postadress	
Ange konto för ersättning	Bankens namn	Clearingnummer	Bankkontonummer
		Kommun	Skola

Försäkringsuppgifter

Försäkringstagare (om annan än den skadade) Namn på: Företag/förening			
Finns annan olycksfallsförsäkring	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, ange försäkringsbolag och försäkringsnummer	
När inträffade olycksfallet	Datum	Klockan	<input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> I skolan/arbetet eller på väg till och från
	Inträffade olycksfallet under träning/tävling i idrottsförening <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Hur gick olycksfallet till <i>Fortsätt gärna på baksidan</i>	Kort beskrivning av händelsen		
Vilken kroppsskada blev följden			
Den första undersökningen	Ange mottagning och sjukhus/vårdcentral		
Inlagd på sjukhus	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilket sjukhus/avdelning	Om ja, under vilken tid
Har läkarbehandlingen avslutats	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, när	
Är den skadade återställd	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, när	
Tidigare skada eller sjukdom på denna kroppsdel	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, när	
	Ange vilken skada eller sjukdom		
Kostnader <i>Bifoga originalkvitton</i>	Datum	Kostnaden avser	Kronor

Jag intygar att samtliga uppgifter i denna anmälan är till alla delar korrekta:

Ort och datum	Den skadades/vårdnadshavarens namnteckning
---------------	--