

# Skadeanmälan

## Olycksfall barn- och ungdomsförsäkring



<b>Bolagets noteringar:</b> Bolag, bolagsnr	Försäkringstagarens namn och adress
---	-------------------------------------

Försäkringsnr	Skadenr
Målsmans personnr	Telefonnr dagtid /mobilnr

E-postadress
--------------

Barnets namn	Barnets personnr
--------------	------------------

Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto	Nummer (inkl. clearingnr)
--	---------------------------

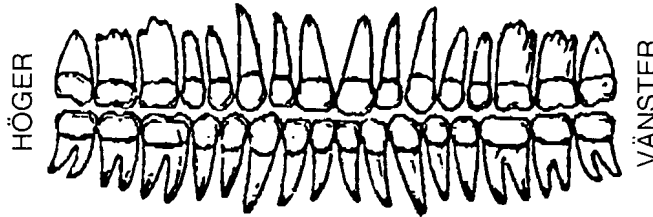
När inträffade olycksfallet, datum, klockslag	Var inträffade olycksfallet <input type="checkbox"/> I eller på väg till/från skola el. dag-/fritidshem * <input type="checkbox"/> På fritiden
---	---

* Fyll i skolans el. dag-/fritidshemets namn och telefonnr	Kommunens namn
--	----------------

Beskrivning av händelseförloppet
----------------------------------

Skadans art (alternativt beskrivning av tandskadan)
---

Fylls i vid tandskada, skriv M vid mjölkttand, P vid permanent tand (den skadade sedd framifrån)	<b>Upplysningar</b> Barn och ungdomar har t o m det kalenderår de fyller 19 år – rätt till gratis, regelbunden och fullständig tandvård hos Folk tandvården.  Därför skall inte något tandläkarintyg sändas till oss. Markera endast på bilden vilka tänder som skadats, för den händelse slutbehandling inte kan ske före 20 års ålder.
--	---



När påbörjades läkar-/tandläkarbehandlingen	Läkarens / tandläkarens namn
---	------------------------------

Läkarens / tandläkarens adress
--------------------------------

Intagen på sjukhus fr o m - t o m	Finns annan försäkring?   Om "Ja" ange bolag och försäkringsnr <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------------	--

Vid trafikolycka, fordonets reg. nr	Försäkringsbolag och skadenr
-------------------------------------	------------------------------

Använd baksidan för att specificera dina utgifter. Bifoga originalverifikationer

### Underskrift

Härmed intygas att här lämnade uppgifter är riktiga. Jag medger att de lämnade uppgifterna om mitt barns hälsotillstånd får delges anlitat återförsäkringsbolag.

Datum	Vårdnadshavares underskrift
-------	-----------------------------

Blanketten skickas till: Dina Försäkringar, FE 50320, 832 82 Frösön