

Skadeanmälan skickas till:
Chartis Europe S.A.
Skadeavdelningen
Box 3122, SE-103 62 Stockholm
Tel +46 8 506 920 80
Fax +46 8 506 920 95

Skadenummer
(Ifylles av Chartis)



SKADEANMÄLAN – Olycksfall/Sjukdom – Kommun

FÖRSÄKRAD

Personnummer	Försäkringsnummer (ej obligatoriskt)		
Efternamn	Förnamn		
Bostadsadress	Postnr och postadress		
Telefon/Mobil	E-mail	<input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail	
Eventuell ersättning utbetalas till:			
Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl clearing	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Plusgiro
Namn om annan betalningsmottagare än försäkringstagaren			
Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Vilken typ av försäkring <input type="checkbox"/> Sjuk-/Olycksfall <input type="checkbox"/> Annan	
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer

ANNAN FÖRSÄKRING

Har du hemförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Har du tecknat individuell olycksfallförsäkring som omfattar barnet via din hemförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Har du tecknat kollektiv olycksfallförsäkring som omfattar barnet via din fackförening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Har du olycksfallsförsäkring som omfattar barnet via kreditkort (t.ex. Mastercard, Eurocard, Diners, American express etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange bolag	Försäkringsnummer
Är skadan anmäld till försäkringsbolaget/försäkringsbolagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange skadenummer	

OLYCKSFALL

Kommun		
Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)	Verksamhetens adress	Telefonnummer

UNDERSKRIFT – OBLIGATORISK

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga

Fullmakt för Chartis Skadeservice att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, Skatteverket eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk.

Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Chartis Skadeservice.

Fullmakten innefattar även rätt för Chartis Skadeservice att delge erforderlig information till försäkringskassan.

Ort och datum

Namn-teckning

Målsman/vårdnadshavare om minderårig

Namnförtydligande

SKOLSKJUTS

Behov av taxi till och från skolan p.g.a. olycksfall skall vara styrkt med ett intyg från behandlande läkare. Av intyget skall framgå under vilken tid taxi beviljats. Innan taxiresorna till och från skolan beställs, skall Chartis kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Chartis kan beställning av taxiresor göras. Bilaga till skadeanmälan vid tandskada

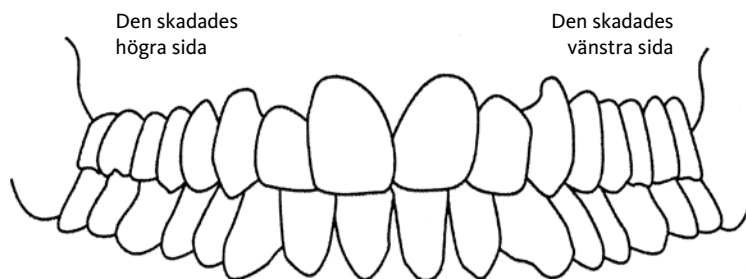
Chartis-Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

Personnummer:	Skadedatum:
Efternamn och förnamn:	

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

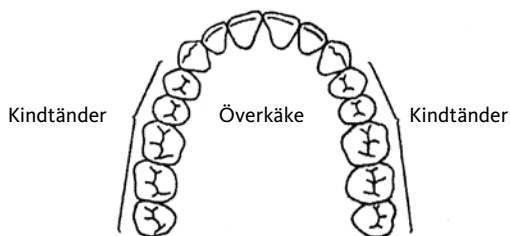
OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE
Kryssa själv för på bilden vilka
tänder som blivit skadade

- Mjölktänder
- Permanenta tänder



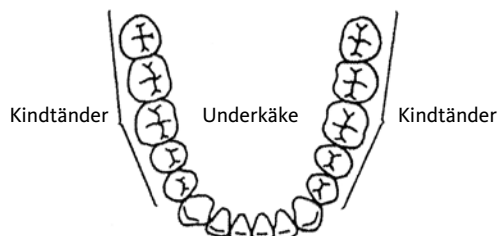
Höger sida

Vänster sida



Höger sida

Vänster sida



Ort och datum:

Namnteckning:

Målsmans namnteckning om minderårig: