

Skadeanmälan skickas till:



Skadeavdelningen/AIG Försäkring
Box 3122
103 62 Stockholm
Tel: 08 - 506 920 80
Fax: 08 - 506 920 95

SKADEANMÄLAN Olycksfall – Kommun

Skadenummer
(Ifylles av AIG)

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

Fortsätt på nästa sida

AIG-Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

Personnummer:

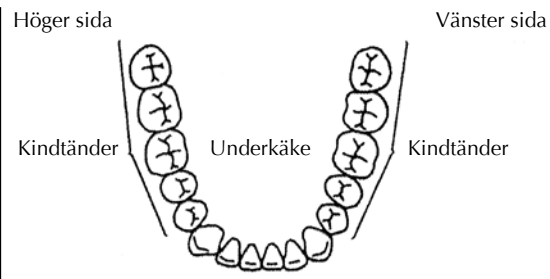
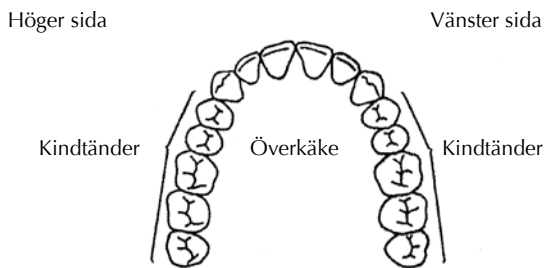
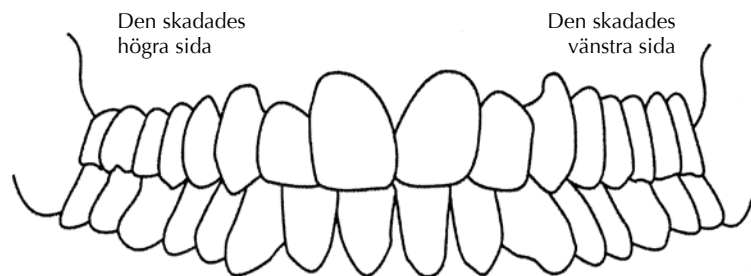
Skadedatum:

Efternamn och förnamn:

Markera nedan vilka tänder som skadats. Glöm ej att kryssa i mjölk tänder/permanenta tänder.

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

- Mjölktänder
 Permanenta tänder



Ort och datum:

Namnteckning:

Målsmans namnteckning om minderårig: