



SKADEANMÄLAN olycksfallsförsäkring

Försäkringsnummer
78-20001-42210-7
Handläggningsnummer

UPPGIFTER OM DEN SKADELIDANDE PERSONEN	Den försäkrades fullständiga namn		Personbeteckning
	Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
	Hemtelefon	Mobiltelefon	
	E-postadress		
BANKFÖRBINDELSE	Person till vars konto en eventuell ersättning betalas	Fullständigt kontonummer / Bankens och kontorets namn	
KONTAKTUPPGIFTER TILL SERVICEANORDNAREN	Företagets namn/ansvarsperson	Adress	
	Postnummer och postanstalt	Telefonnummer	
FÖRSÄKRINGSTAGARE	Helsingfors stad, Sysselsättningstjänsterna		
	Adress PB 310	Postnummer och postanstalt 00099 HELSINGFORS STAD	
UPPGIFTER OM OLYCKAN	Olyckan inträffade kl.		Olycksplats (adress/läge)
	Olyckan inträffade ☐ På platsen för ☐ På matpausen eller på vägen ☐ I en utbildning eller på vägen dit/därifrån ☐ Vid uträttande av ärenden åt ☐ Någon annanstans, var?		
	Hur inträffade olyckan? Berätta vad som hände och varför.		
	Hurdana skador fick du och var?		
	☐ Höger ☐ Vänster		
SKADEVÅRD	När besökte du läkare för första	Vårdinrättningens och läkarens namn	
	Fick du vård på ett sjukhus? ☐ Nej ☐ Ja	Sjukhusets namn	
	Läkaren som vårdade dig på sjukhuset		
TIDIGARE OLYCKOR ELLER SJUKDOMAR	Olyckor och sjukdomar som du hade före olycksfallet		
	Läkaren som vårdat dig på grund av dem		När?
TIDIGARE ERSÄTTNINGAR	Har du fått ersättning för en tidigare olycka från något bolag? ☐ Nej ☐ Ja	Bolagets namn	Ersättningsår
ANDRA ERSÄTTNINGAR	Söker du ersättning för detta olycksfall från annat försäkringsbolag? ☐ Nej ☐ Ja	På basis av vilken försäkring?	Bolag
UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att de uppgifter som jag gett är riktiga		
	Underskrift		
	Ort och datum	Den försäkrades underskrift och namnförtydligande	



BILAGA TILL SKADEANMÄLAN

RESEKOSTNADER

Försäkringen täcker **nödvändiga resekostnader** för vården på grund av olycksfallet hos den närmaste läkaren, det närmaste sjukhuset eller någon annan vårdinrättning och tillbaka.
Bifoga **biljetterna och vårdgivarens intyg** om bland annat användning av taxi eller ambulans.

Resdag	Resans syfte och förklaring, varifrån – vart	Avgångstid	Ankomsttid	Körkilometer för användning av egen bil	Biljetter €
Totalt					
UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att alla de uppgifter som jag gett är riktiga				
	Ort och datum		Försäkringstagarens underskrift och namnförtydligande		