

Skadeanmälan skickas till:



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

SKADEANMÄLAN Kommunförsäkring

Skadenummer
(Ifylles av AIG)

FÖRSÄKRINGSTAGARE

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	

OLYCKSFALL

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

BESVARAS ALLTID

När och var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> På väg till/från verksamheten <input type="checkbox"/> I verksamheten <input type="checkbox"/> På fritiden	Datum	Tidpunkt för inträffad skada
Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag		
Vilken kroppsskada har ni ådragit er på grund av olycksfallet		
Hur gick olycksfallet till?		

Fortsätt på nästa sida

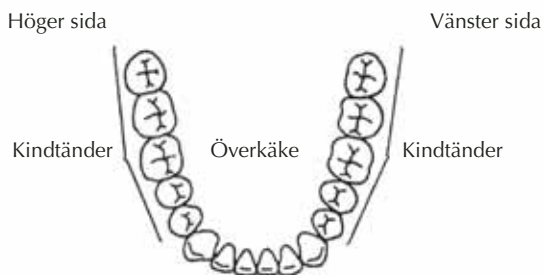
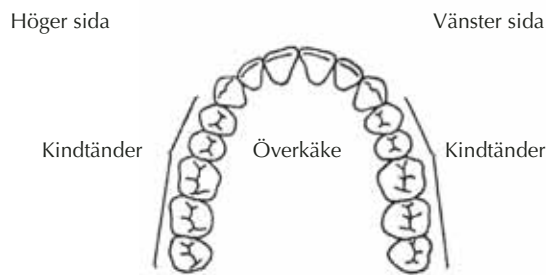
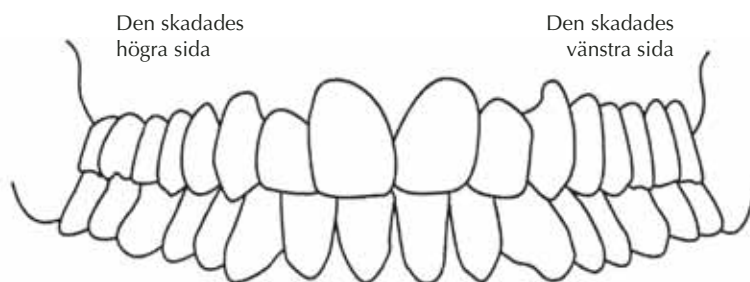
AIG-Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

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:	
Namn-teckning:	Målsmans namnteckning om minderårig: