

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 – 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	Om ja, vilket 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
Bedrivs verksamheten i privat regi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Chartis-Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

Personnummer:

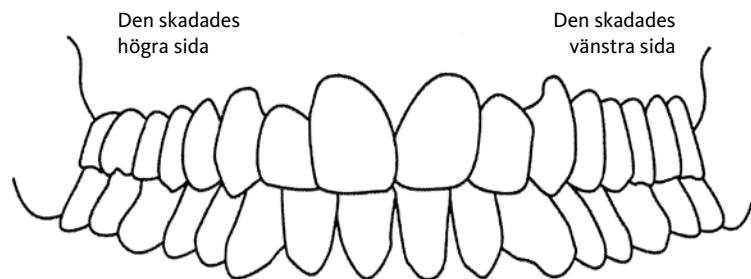
Skadedatum:

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



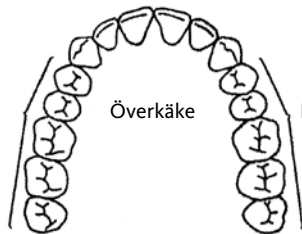
Höger sida

Vänster sida

Kindtänder

Överkäke

Kindtänder



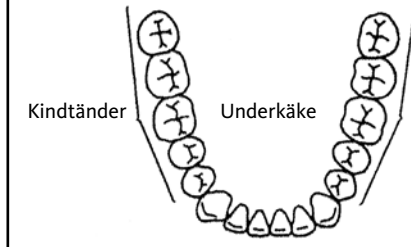
Höger sida

Vänster sida

Kindtänder

Underkäke

Kindtänder



Ort och datum:

Namnteckning:

Målsmans namnteckning om minderårig: