

## Skadeanmälan gällande olycksfallsskada<sup>i</sup>

(anmälan från den skadedrabbade till Kommunassurans om inträffad olycksfallsskada)

Datum för anmälan:

Skadeanmälan kan skickas till Kommunassurans på något av följande alternativa sätt.

- Använd inte den blankett du har framför dig, utan i stället webbanmälan som finns på [Kommunassurans webbplats](#). Webbanmälan kan inte användas om anmälan görs genom ombud.
- Skriv ut, skriv under, skanna in och skicka denna blankett och bilagor via e-post till [skador@kommunassurans.se](mailto:skador@kommunassurans.se) (vänligen beakta dock behovet av dataskydd gällande känsliga uppgifter).
- Skriv ut, skriv under och skicka denna blankett och bilagor med vanlig post till:

Kommunassurans Försäkring AB  
Grynbodgatan 14  
211 33 Malmö

### 1. Personuppgifter avseende dig som har drabbats av en olycksfallsskada

Namn	Personnummer (12 siffror)	
Utdelningsadress	Telefon/mobil	
Postnummer	Ort	E-post-adress
Folkbokföringskommun		

#### Fullmakt – om den skadelidande företräds av ombud (exempelvis den ena vårdnadshavaren)

Ska den skadedrabbade företrädas av ombud/ en vårdnadshavare i ärendet?

Ja     Nej

Ombudets relation till den skadedrabbade:

Ombudets namn

Mobiltelefon

Ombudets e-post-adress

Undertecknad, som har drabbats av en olycksfallsskada som jag avser att anmäla till Kommunassurans, befullmäktigad härmed det ombud som anges ovan att företräda mig gentemot Kommunassurans och gentemot berörd verksamhetsutövare gällande olycksfallsskadan.

Alternativt, om fullmakten ställs ut av den ena vårdnadshavaren till den andra:

Undertecknad vårdnadshavare befullmäktigad härmed den andra vårdnadshavaren som anges ovan att för barnets räkning företräda båda vårdnadshavarna gentemot Kommunassurans och gentemot berörd verksamhetsutövare gällande olycksfallsskada.

Datum

Den skadedrabbades (alternativt andra vårdnadshavarens) underskrift

Namnförtydligande:

## 2. Berörd verksamhetsutövare där skadan inträffade

Berörd kommun		
Berörd förvaltning		
Berörd skola eller annan enhet	Om skola - är skolan kommunal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, det är en friskola	
Kontaktperson (om känt)	Mobilnummer	Kontaktpersonens e-post-adress

## 3. Andra olycksfallsförsäkringar

Ange alla olycksfallsförsäkringar som den skadelidande omfattades av när skadan inträffade, även olycksfallsförsäkringar som har tecknats privat

## 4. Uppgifter om olycksfallsskadan

Vilken typ av aktivitet beskriver bäst vad som utfördes när skadan inträffade?

- Skoltid
- Praktiktid
- På väg till/från skola eller praktik
- Arbetstid
- På väg till/från arbete
- Tjänstgöringstid som tillfällig uppdragstagare hos kommunen
- Under behandling hos hälso- och sjukvård
- Idrottsaktivitet
- Fritid
- I trafiken
- På resa

När inträffade olycksfallsskadan?	Vilket klockslag?
Var inträffade olycksfallsskadan?	

Vilken skadeorsak passar bäst för vad som har inträffat?

- Fall i samma plan (exv. ojämnheter i marken)
- Fall till ett annat plan (exv. trädklättring)
- Annan specificerad eller ospecificerad fallolycka
- Kontakt med föremål i rörelse (exv. boll i huvudet)
- Kontakt med föremål i vila (exv. krock med dörr)
- Kontakt med annan person (exv. sammanstöt mellan två personer)
- Klämning, skärning, stick
- Akut överansträngning av kroppen eller kroppsdel
- Övrigt

Var den skadelidande påverkad av medicin, alkohol eller annat berusningsmedel när skadan inträffade?

- Ja
- Nej

Beskriv med egna ord närmare vad du gjorde när skadan inträffade

*Det går bra att beskriva skadan på separat papper. Ange i så fall ovan att beskrivningen bifogas.*

Beskrivning av vad som har hänt och hur skadan uppstod

*Det går bra att beskriva vad som har hänt på separat papper. Ange i så fall ovan att beskrivningen bifogas.*

## 5. Konsekvenser av händelsen

Vilken typ av skada som bäst beskriver den skada som har uppstått?

- Hjärnskakning
- Kontusion (blåmärke)
- Skrubbsår
- Öppet sår
- Fraktur
- Distorsion (vrickning, stukning)
- Luxation (urlidning)
- Sen- och/eller muskelskada
- Dödsfall
- Annan skada

Vilken kroppsdel har skadats? <input type="checkbox"/> Hjärna, skalle <input type="checkbox"/> Öga/ögonlock <input type="checkbox"/> Annan del av huvudet <input type="checkbox"/> Skuldra/axel/överarm <input type="checkbox"/> Buk, nedre delen av rygg/rygggrad, bäcken <input type="checkbox"/> Armbåge/underarm <input type="checkbox"/> Handled/hand <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Knä/underben <input type="checkbox"/> Fotled <input type="checkbox"/> Fot/tå <input type="checkbox"/> Multipla kroppsdelar/hela kroppen <input type="checkbox"/> Övrigt		Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har läkare förskrivit skolskjuts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	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 Kommunassurans eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Kommunassurans eller av dem utsedd skaderegleringsfirma kan beställning av taxiresor göras.	
Ange när du besökte läkare/tandläkare	Var du inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är du fortfarande i behandling i sjukvården? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## 6. Bilagor

Bifoga all relevant dokumentation, exempelvis bilder och utredningar. Vänligen ange nedan vilka bilagor som bifogas till skadeanmälan.

Handling	Bilaga nr:

## 7. Övrig information

Eventuell kompletterande information

## 6. Underskrift av dig som drabbats av olycksfallsskada eller av vårdnadshavare/ombud enligt fullmakt

Underskrift av

- mig som skadedrabbad
- mig i egenskap av vårdnadshavare för den skadedrabbade (fullmakt från den eventuella andra vårdnadshavaren måste anges i punkt 1 ovan eller bifogas)
- mig i egenskap av ombud för den skadedrabbade (fullmakt måste anges i punkt 1 ovan eller bifogas)

- Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnat i denna skadeanmälan är riktiga, fullständiga och sanningsenliga.
- Jag samtycker till att Kommunassurans förbedömning av sitt ansvar, hos försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan, Skatteverket och annan myndighet, upplysningsföretag samt skola, praktikplats och arbetsgivare, inhämtar de uppgifter som anses nödvändiga för regleringen av skadeanmälan. Samtycket omfattar inte journalhandlingar, läkarintyg och liknande hälsoundersökningar.
- Jag samtycker härmed till ovanstående insamling, utlämning och övrig sådan behandling av mina personuppgifter.
- Jag förbinder mig att underrätta Kommunassurans om olycksfallsskadan anmäls till Försäkringskassan, AFA, privat försäkring eller motsvarande.
- Vidare är jag medveten om att ersättning som utbetalats till mig genom gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA eller motsvarande).
- Jag lämnar härmed fullmakt till Kommunassurans eller den Kommunassurans sätter i sitt ställe att från Försäkringskassan återkräva ersättning för sjukvårdskostnader i EU/EES och andra länder.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

<sup>i</sup> Denna blankett kan användas av den som har drabbats av en olycksfallsskada, eller dennes ombud med skriftlig fullmakt (fullmakten måste anges under punkt 1 eller bifogas separat). Skadeanmälan kan ske direkt till Kommunassurans Försäkring AB avseende de kommuner där olycksfallsförsäkring finns tecknad hos försäkringsbolaget. Alla kommuner ska ange på sin hemsida vilket försäkringsbolag som har tecknat kommunens olycksfallsförsäkring, men det går också bra att kontakta kommunen och fråga.