

Skadeanmälan

Kommunolycksfall

Kommunens namn

Skolans eller verksamhetens namn

Om den som har skadats

Namn

Personnummer

Postadress (adress, postnummer, stad, land)

Om dig som anmäler skadehändelsen

Vem är du som anmäler skadehändelsen?

☐ Förälder/Vårdnadshavare ☐ Den skadade ☐ Försäkringstagare, den som har tecknat försäkringen

☐ Annan person (relation till skadad)

Namn

Personnummer

E-postadress

Telefonnummer

Om skadehändelsen

Vad har inträffat? ☐ Skada ☐ Dödsfall

Vid dödsfall

Vilket datum inträffade dödsfallet?

Finns dödsfallsintyg?

☐ Ja ☐ Nej

Vid skada

När inträffade skadan? (datum) _____

Inträffade skadan under skola-/verksamhet, till eller från skola/verksamhet eller på fritiden?

☐ Under skola/verksamhet ☐ Till eller från skola/verksamhet ☐ På fritiden

Hur uppstod skadan?

Vi vill informera dig om att detta är en olycksfallsförsäkring som bara kan ge ersättning vid personskador som krävt läkarvård. Om ditt barn skadat saker som t.ex. glasögon eller kläder som saknar samband med en personskada kan vi tyvärr inte ersätta dig. För den typen av skada rekommenderar vi dig att kontakta det bolag där du har din hemförsäkring.

☐ Bitskada

☐ Brännskada

☐ Djurbett/Insektsbett

☐ Elektrisk spänning

☐ Fall

☐ Halkolycka ☐ Snubbelskada ☐ Fall från höjd ☐ Fall från lekutrustning

☐ Annat fall, beskriv _____

☐ Hög/låg temperatur

☐ Klämskada

☐ Kollision / sammanstötning

☐ Krock med person ☐ Krock med föremål ☐ Kastskada

☐ Lyftskada

☐ Trafikolycka

☐ Påkörning ☐ Cykelolycka ☐ Elsparkcykelolycka ☐ Annan trafikolycka

☐ Skär- / stickskada

☐ Våld / överfall

☐ Slag ☐ Misshandel

☐ Vridvåld

☐ Övrigt _____

Vilken aktivitet utfördes vid skadetillfället?

Exempel: lek, idrott, transport till/från skola eller skolaktivitet

☐ Lek

☐ Lek (fri) ☐ Klätterställning ☐ Gunga

☐ Idrott / träning

☐ Gymnastik ☐ Spel / träning ☐ Ridning ☐ Skidåkning ☐ Skridskor

☐ Transport

☐ Cykel ☐ Elsparkcykel ☐ Trafik (övrigt)

☐ Skolaktivitet

☐ Slöjd / teknik ☐ Idrottslektion

☐ Fritidsaktivitet (fri)

☐ Övrigt

Beskriv kort vad som hänt och hur skadan uppstod

Vilken del av kroppen har skadats?

☐ Huvud

☐ Ansikte / ögon / öron

☐ Tänder

☐ Tandskada överkäke ☐ Tandskada underkäke ☐ Tandskada över- och underkäke

☐ Nacke / rygg / axlar

☐ Arm

☐ Hand / fingrar

☐ Ben / knä

☐ Fot / tår

☐ Bål / bröstorg / mage

☐ Övrigt

Hur allvarlig bedömer du skadan?

☐ Mindre (ingen uppföljning behövs) ☐ Medel (återbesök / behandling) ☐ Allvarlig (operation / långvarig vård)

Vilken typ av vård behövdes?

☐ Läkare

När kontaktades läkare? (datum)

Vilket vårdställe, sjukhus eller
läkarmottagning har du varit på?
Ange namn och ort

Har behandlingen avslutats?

☐ Ja ☐ Nej

☐ Tandläkare Vilken tandskada har uppkommit? _____
När anlätades tandläkare? (datum) _____
Ange tandklinikens namn _____
Har tandläkarbehandlingen avslutats? ☐ Ja ☐ Nej

☐ Ingen Vi vill informera dig om att detta är en olycksfallsförsäkring som omfattar personskador som krävt vårdkontakt i samband med händelsen. Om du inte behövt söka vård för skadan är det inte ett försäkringsärende.

Finns det, av läkare, ett ordinerat behov av taxiresor till/från skolan på grund av skadan? ☐ Ja ☐ Nej

Har du en ytterligare olycksfallsförsäkring för denna typ av skadehändelse via annat försäkringsbolag?
☐ Ja I vilket/vilka bolag finns ytterligare olycksfallsförsäkring? _____
☐ Nej Har du anmält skadan dit? ☐ Ja ☐ Nej

Om kostnader som uppstått i samband med skadan

Har du/den skadelidande haft några kostnader för vård, behandling, läkemedel eller resor på grund av skadan?
☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilka typer av kostnader har uppstått?

☐ Vård ☐ Läkemedel ☐ Resor ☐ Hjälpmedel ☐ Personlig egendom

Lista de kostnader du haft på grund av skadan och som inte ersatts genom annan försäkring

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor, etc)	Total kostnad	Av försäkrings- kassa ersatt belopp	Återstående belopp	Kvitto nr
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bankens namn _____

Clearing nr och bankkontonummer _____

Underskrift

Ort _____

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

OBS!

Bifoga filer som stöder dina uppgifter, t ex

- Dödsfallsintyg
- Läkarintyg avseende behov av taxiresor
- Läkarintyg
- Kvitton för kostnader
- Tandläkarintyg (vid tandskada)

Behandling av personuppgifter

Zurich behandlar dina personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen. Det innebär att vi skyddar din personliga integritet. En förutsättning för att kunna behandla din skadeanmälan är att vi behandlar personuppgifter om dig.

För det fall du har lämnat uppgifter om andra person än dig själv så förutsätter vi att du även lämnar denna information till dem. Skulle du vara förhindrad att göra det så måste du meddela oss detta förhållande samt förse oss med deras fullständiga kontaktuppgifter.

Mer information om hur vi behandlar personuppgifter samt registrerades rättigheter avseende personuppgiftshanteringen hittar du på www.nordic.zurich.com/personuppgifter.

Har du inte möjlighet att läsa på eller ladda ner informationen får du gärna kontakta oss på annat sätt enligt de kontaktuppgifter som du hittar längst bak på denna skadeanmälan så skickar vi informationen till dig.

Skadeanmälan sänder du till
kommunolycksfall@zurich.com.

Zurich Insurance Europe AG, Filial Sverige
Reg. no. 516403-8266, reg. i Bolagsverkets filialregister
Box 5069
102 42 Stockholm
Telefon +46 8 579 330 00

Zurich Insurance Europe AG
a public limited company incorporated in Germany
Registered seat: Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt a.M.
Register Court of Frankfurt a.M., HRB 133359

© Zurich 5/2026 Claim_KommunOlycksfall_se

