

Försäkringsnummer - försäkringsbolagets notering

 Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

 Försäkringstagarens namn

Förening/klubb

Svenska Cheerleadingförbundet

Mejl

 Mobil

Skadelidande

Namn

 Personnummer

Adress

 Postnr och postort

Mejl

 Mobil

Är du anställd eller avlönad av en förening/klubb?

 Ja Nej

Utbetalning önskas till

 Bankkonto Plusgiro Bankgiro

 Kontonr - vid bankkonto ange även clearingnr

Målsman

 Personnummer

Mejl

 Mobil

Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl

 Var inträffade olycksfallet?

Inträffade olyckan under en träning eller tävling?

 Träning Tävling Övrigt

 Hur gick olycksfallet till? Detaljerad beskrivning (fortsätt på nästa sida om detta utrymme inte räcker)

 Vilken kroppsdel har skadats?

När anlätades läkare?

 Vilken läkare (namn, adress, telefon)

 Vilken diagnos har läkaren ställt?

När anlätades tandläkare?

 Vilken tandläkare (namn, adress, telefon)

 Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? I så fall när?

 Vilken läkare och/eller tandläkare anlätades då? (namn/adress)

Olycksfall forts.

Om knäskada, vilken diagnos har läkaren ställt? Kryssa ett eller flera alternativ.

Menisk skada Ledbandsskada Skada på ledyta Skada på främre korsband Osäker

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja Nej

Befaras invaliditet?

Ja Nej

Är du fullständigt återställd?

Ja Nej

Om ja, från och med när?

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Ja Nej

Bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja Nej

Vid tandskada

Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Mjölktänder Permanenta tänder



OBS! Information beträffande läke- och tandskadekostnader vid olycksfall

Försäkringen är en komplettering till samhällets skydd. Därför gäller följande:

Läke- och resekostnader till och från läkare

Alla kostnader ska styrkas med originalkvitto.

Skadekostnader

Bifoga alltid kvitto i original

Datum	Utgiftens art (läkararvoden, resor etc.)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassan	Återstående belopp

Kompletterande uppgifter

Underskrift försäkrad (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)

Jag tillåter att Svedea får inhämta de uppgifter om mitt/den försäkrades hälsotillstånd som är nödvändiga för att bedöma ersättningskraven. Uppgifter får inhämtas från allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning samt från den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat mig/den försäkrade.

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum

Namn-teckning

Namn-förtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

0771-160 199
idrottsskador@svedea.se
svedea.se