
 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?

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	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

Intyg från föreningen/klubben (ifylls av representant för föreningen/klubben)

Försäkringen gäller vid olycksfallsskada som inträffar under deltagande i tävling, uppvisning eller organiserad träning som anordnats av Svenska Cheerleadingförbundet, dess distriktsförbund eller förening. Försäkringen gäller även under direkt färd till och från dessa aktiviteter.

Den aktuella skadan inträffade under sådan aktivitet som anges ovan och skedde i samband med:

Resa till/från träning Träning Resa till/från tävling Tävling Uppvisning

Beskrivning

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Mejl	Telefon	

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

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