

Försäkringstagare

Kommunens namn

Skadelidande

Namn	Personnummer
------	--------------

Adress	Postnr och postort
--------	--------------------

Mejl	Mobil
------	-------

Utbetalning önskas till Bankkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/>	Kontonr - vid bankkonto ange även clearingnr
---	--

Målsman	Personnummer
---------	--------------

Mejl	Mobil
------	-------

Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl	Var inträffade olycksfallet?
---	------------------------------

Inträffade olycksfallet under skol-/verksamhetstid?	Om ja, ange på vilken skola det inträffade
---	--

Ja Nej

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

Vilken kroppsdel har skadats?

När anlätades läkare/tandläkare?	Vilket/vilken sjukhus/vårdcentral/tandläkare?
----------------------------------	---

Vilken diagnos har läkaren ställt?

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

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?	Bolag	Har skadan anmälts dit?
--	-------	-------------------------

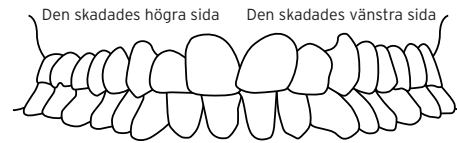
Ja Nej

Ja Nej

Vid tandskada

Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Mjölk tänder Permanenta tänder



OBS! Information beträffande läke- och tandskadekostnader vid olycksfall

Alla kostnader ska styrkas med originalkvitto.

Skadekostnader

Bifoga alltid kvitto i original

Typ av kostnad (läkarbesök, resor, läkemedel etc)	Total kostnad	Ersatt av annat försäkringsbolag Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Kompletterande uppgifter

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Kommunolycksfall
Box 3489
103 69 Stockholm

0771-160 161
 skadorforetag@svedea.se
 svedea.se

Skadenummer - fylls av i försäkringsbolaget

Namn

Personnummer

Fullmakt för Svedea att hos läkare, sjukvårdsinrättning, arbetsgivare, Försäkringskassan, Skatteverket, Arbetsförmedlingen eller andra myndigheter och försäkringsbolag begära de upplysningar som kan vara nödvändiga för bedömningen av mina ersättningsanspråk.

Fullmakten innefattar rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Fullmakten ger även Svedea rätt att delta i en eventuell rehabiliteringsprocess.

Jag medger att ovan nämnda handlingar och uppgifter får lämnas ut till Svedea samt att mitt personnummer får användas för en säker identifiering. Fullmakten gäller under hela skaderegleringen hos Svedea. Fullmakten kan återkallas.

Underskrift försäkringstagare

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Vårdnadshavares namnteckning om minderårig

Namnförtydligande

Information om din personuppgiftshantering

Svedea är personuppgiftsansvarig enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Alla personuppgifter behandlas konfidentiellt enligt gällande sekretessbestämmelser. Uppgifterna sparas för att Svedea skall kunna handlägga ditt skadeärende. Om du vill få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av oss eller vill begära rättelse av felaktig eller missvisande uppgift kontaktar du oss genom att skriva till: Svedea, Dataskyddsombud, Box 3489, 103 69 Stockholm eller genom att mejla till dataskyddsombud@svedea.se.