

Försäkringsnummer - försäkringsbolagets notering

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

På vilken försäkring anmäls skadan

Bas Träning och tävling Korttidsförsäkring

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Svenska Gymnastikförbundet

Förening/klubb

Kommun där föreningen/klubben är verksam

Disciplin/gren

Aerobic Gymnastics Artistisk Gymnastik Barngymnastik Drill Gruppträning Hopprep
Parkour och trickning Rytmsk Gymnastik Trampolin Truggymnastik Övrigt

Om Övrigt, beskriv vad

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?

Olyckan inträffade under:

Träning Tävling Uppvisning Övrigt Om Övrigt, beskriv vad

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?

Olycksfall forts.

När anlitades tandläkare?

Vilken tandläkare (namn, adress, telefon)

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

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

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 olyckfall

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

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

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