

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

## Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Utdelningsadress

Postnr och postort

Telefon dagtid

Mobil

Mejl

Är ni redovisningsskyldig för moms?

Ja  Nej 

Person-/Org.nr

Utbetalning önskas till

Plusgiro  Bankgiro 

Kontaktperson

Kontonummer

## Skadelidande

Skadelidandes namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnr och postort

Mejl

Är den skadelidande anställd hos försäkringstagaren?

Ja  Nej 

Utbetalning önskas till

Bankkonto  Plusgiro  Bankgiro 

Kontonummer - vid bankkonto ange även clearingnr

## Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl

Var inträffade olycksfallet?

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

Vilken kroppsskada uppkom?

När anlätades läkare?

Vilken läkare (namn, adress, telefon)

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

Ja  Nej 

Vilken läkare anlätades då? (namn/adress)

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja  Nej 

Befaras invaliditet?

Ja  Nej 

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Ja  Nej 

Bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja  Nej

**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.

**Tandskadekostnader**

Barn och ungdomar har - t o m det kalenderår de fyller 19 år - rätt till gratis, regelbunden och fullständig tandvård hos folktandvården. Därför skall inte något tandläkarintyg sändas till Svedea.

**Skadekostnader**

Datum	Utgiftens art (läkararvoden)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassan	Återstående belopp

**Kompletterande uppgifter****Underskrift skadelidande** (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning samt den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat den försäkrade/mig får lämna Svedea alla för bedömning av ersättningskraven erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Ort och datum	Namnteckning skadelidande	Namnförtydligande
---------------	---------------------------	-------------------

**Underskrift försäkringstagare**

Ort och datum	Namnteckning försäkringstagare	Namnförtydligande
---------------	--------------------------------	-------------------

Skadeanmälan skickas till:

**Svedea AB**  
**Box 3489**  
**103 69 Stockholm**

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