

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Namn	Plusgiro	Bankgiro
Utdelningsadress	Postnr och postort	

Skadelidande

Den skadelidandes namn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnr och postort	Telefon dagtid	
Mejl			
Plusgiro	Bankgiro	Bank och kontonummer	Sjukdomen/händelsen inträffade I Sverige <input type="checkbox"/> Utomlands <input type="checkbox"/>
Syfte med tjänsteresan			

Sjukdom/olycksfall

Avresedag från hemorten	Avresedag från Sverige (vid utlandsvistelse)	Utlandsvistelsens längd f.r.o.m.-t.o.m.
När inträffade sjukdomen/olycksfallet?	På vilken ort inträffade sjukdomen/olycksfallet?	Vilken sjukdom har ni ådragit er?

Om ni råkat ut för ett olycksfall, beskriv hur olyckan gick till.

Vilken kroppsskada uppstod?

Ort där ni vårdats?	Sjukhusvårdens längd f.r.o.m.-t.o.m.
---------------------	--------------------------------------

Har ni tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom eller skada? Om "Ja", uppge när

Ja Nej

Sjukdomens eller skadans art?	Allmän försäkringskassa Nej <input type="checkbox"/>	Finns privat olycksfallsförsäkring Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange försäkringsbolag
-------------------------------	---	--	------------------------------

Befullmäktigar ni härmed försäkringskassan och samtliga läkare att till Svedea lämna alla för bedömandet om ersättningskravet erforderliga upplysningar? Ja Nej

Läkekostnader

Ersättning skall i första hand uttas hos försäkringskassan - även vid vård utomlands. Utgifterna skall styrkas med originalverifikationer eller med försäkringskassans ersättningsbevis.

Resgods

Avresedag från hemorten	Avresedag från Sverige (vid utlandsvistelse)	Utlandsvistelsens längd f.r.o.m-t.o.m.	
När inträffade skadan?	Var inträffade skadan?		
Vid stöld ur bil	Bilens reg.nr	Var bilen låst? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Gjordes åverkan på bilen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vid stöld i hotellrum	Var hotellrummet låst vid stöldtillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Var förvarades nyckeln?	
Hur förvarades de stulna föremålen?		Hur kan skadan ha uppkommit	
Vad uppskattas skadekostnaden till? Kr	Hur stort var det medförda bagagets värde? Kr	Finns hemförsäkring? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om "Ja", i vilket bolag?	Försäkringsnr i hemförsäkringsbolaget		

Specifikation - stulna eller skadade föremål

Stulen egendom, ange föremål	Antal	Inköpt, År	Pris, kr	Ersättningsanspråk, kr
Skadad egendom, ange föremål				

Om en reparatör har anlåtats, ange namn och telefon

Kompletterande upplysningar

Underskrift Riktigheten av lämnade uppgifter intygas av försäkringstagare och skadelidande

Ort och datum	Försäkringstagarens namnteckning	Namnförtydligande
Ort och datum	Skadelidandes namnteckning	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

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