



Försäkringsnummer - ifylls alltid

951257

## Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Svenska Ishockeyförbundet

## Skadelidande

Skadelidandes namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnr och postort

Mejl

Mobil

Är du anställd eller avlönad av en klubb?

Ja  Nej 

Målsman

Personnummer

Mejl

Mobil

## 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?

Vilket/vilken sjukhus/vårdcentral?

När anlätades tandläkare?

Vilken tandklinik?

Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?

I så fall när?

Vid tandskada, användes tandskydd vid olyckstillfället?

Ja  Nej 

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja  Nej Ja  Nej

## Vid tandskada

Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Mjölktänder  Permanenta tänder



## 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

Enligt spelarreglementet paragraf 1:10 måste spelare födda 1984 och senare använda tandskydd. Detta gäller inte om spelaren använder ett heltäckande ansiktsskydd som är godkänt av SIF.

## Skadekostnader

## Bifoga alltid kvitto i original

Typ av kostnad /läkarbesök, resor, medicin 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**  
**Box 3489**  
**103 69 Stockholm**

0771-160 161  
 idrottsskador@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](mailto:dataskyddsombud@svedea.se).