

Försäkringsnummer - ifylls alltid

## Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Utdelningsadress

Postnr och postort

Mobil

Mejl

Person-/Org.nr

Kontaktperson

## 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/tandläkare?

Vilket/vilken sjukhus/vårdcentral/tandläkare

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

Ja  Nej 

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja  Nej 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 21 år - rätt till gratis, regelbunden och fullständig tandvård hos folktandvården. Därför skall inte något tandläkarintyg sändas till Svedea.

**Skadekostnader**

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****Underskrift försäkringstagare**

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Vårdnadshavares namnteckning om minderårig

Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

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

0771-160 161  
olycksfall@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

 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).