

## Försäkringstagare

Kommunens namn

## Skadelidande

Namn

Personnummer

Adress

Postnr och postort

Mejl

Mobil

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?

Inträffade olycksfallet under skol-/verksamhetstid?

Om ja, ange på vilken skola det inträffade

Ja  Nej

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

Vilken kroppsdel har skadats?

När anlätades läkare/tandläkare?

Vilket/vilken sjukhus/vårdcentral/tandläkare?

Vilken diagnos har läkaren ställt?

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

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Bolag

Har skadan anmälts dit?

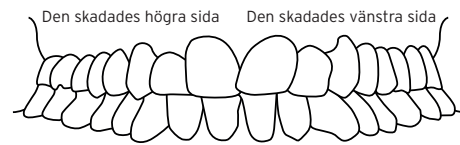
Ja  Nej

Ja  Nej

## Vid tandskada

Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Mjölk tänder  Permanenta tänder



## OBS! Information beträffande läke- och tandskadekostnader vid olycksfall

Alla kostnader ska styrkas med originalkvitto.

## Skadekostnader

**Bifoga alltid kvitto i original**

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

Skadeanmälan skickas till:

**Svedea AB**  
**Kommunolycksfall**  
**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).