

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Utdelningsadress

Postnr och postort

Telefon dagtid

Mobil

E-post

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

Är den skadelidande anställd hos försäkringstagaren?

Ja Nej

Utbetalning önskas till

Bankkonto Plusgiro Bankgiro

Kontonummer - vid bankgiro ange även clearingnr

Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl

Var inträffade olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till? Dataljerad 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 satt för skada eller sjukdom?

Ja Nej

I så fall när?

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

Vänd dig alltid i första hand till vårdgivare (vårdcentral/sjukhus) med förfrågan om ersättning. Insänd därefter ersättningsbevis i original. Alla kostnader som inte ersätts av vårdgivare skall 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 StockholmSvedea AB
Sveavägen 38
111 34 Stockholm
Telefon: 0771-160 199
Org.nr: 556786-1678
www.svedea.se