

Försäkringsnummer - försäkringsbolagets notering

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Svenska Bowlingförbundet

Förening/klubb

Mejl

Mobil

Skadelidande

Är skadelidande under 18 år?

Ja ☐ Nej ☐

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?

Skadan inträffade under:

Träning ☐ Tävling ☐ Resa till eller från träning/tävling ☐ Anordnad aktivitet/resa med klubb/förening ☐

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

Vilken kroppsdel har skadats?

När anlätades läkare?

Vilken läkare (namn, adress, telefon)

Vilken diagnos har läkaren ställt?

När anlätades tandläkare?

Vilken tandläkare (namn, adress, telefon)

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

Vilken läkare och/eller tandläkare anlätades då? (namn/adress)

Olycksfall forts.

Om knäskada, vilken diagnos har läkaren ställt? Kryssa ett eller flera alternativ.

Menisk skada ☐ Ledbandsskada ☐ Skada på ledyta ☐ Skada på främre korsband ☐ Osäker ☐

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja ☐ Nej ☐

Befaras invaliditet?

Ja ☐ Nej ☐

Är du fullständigt återställd?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, från och med när?

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Ja ☐ Nej ☐

Bolag

Har skadan anmälts dit?

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.

Skadekostnader

Bifoga alltid kvitto i original

Datum	Utgiftens art (läkararvoden, resor etc.)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassan	Återstående belopp

Kompletterande uppgifter

Underskrift försäkrad (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)

Jag tillåter att Svedea får inhämta de uppgifter om mitt/den försäkrades hälsotillstånd som är nödvändiga för att bedöma ersättningskraven. Uppgifter får inhämtas från allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning samt från den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat mig/den försäkrade.

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

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