



Skadenummer - försäkringsbolagets notering

## Skadelidande

Skadelidandes namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnr och postort
Telefon dagtid	Mobil
Mejl	Friskis & Sveltis förening

Utbetalning önskas till, kryssa i och ange kontonummer

- Plusgiro \_\_\_\_\_
- Bankgiro \_\_\_\_\_
- Bankkonto inkl clearingnr \_\_\_\_\_

## Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl	Var inträffade olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till? Dataljerad beskrivning, plats, händelseförlopp och övriga omständigheter (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 utsatt för skada eller sjukdom? | I så fall när?

Vilken läkare anlätades då? (namn/adress)

Ja  Nej 

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja  Nej 

Befaras invaliditet?

Ja  Nej 

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Ja  Nej 

Bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja  Nej 

### Kryssa i det alternativ som gäller för dig (skadelidande)

- Medlem i Friskis & Sveltis
- Ej medlem i Friskis & Sveltis men deltog i aktivitet anordnad av Friskis & Sveltis
- Var besökare i Friskis & Sveltis lokal
- Ledare eller funktionär, ej anställd
- Anställd

Ovan bekräftas av Friskis &amp; Sveltis i (ort)

Underskrift

Namnförtydligande

Telefonnummer

Mejl



### 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

Skadeanmälan skickas till:

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

Svedea AB  
 Sveavägen 38  
 111 34 Stockholm  
 Telefon: 0771-160 199  
 Org.nr: 556786-1678  
 svedea.se