

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 & Sveltis i (ort)

Underskrift

Namnförtydligande

Telefonnummer

Mejl



OBS! Information betröfande läke- och tandskadekostnader vid olyckfall

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

[illegible]

Kompletterande uppgifter

[illegible]

Underskrift skadelidande (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning samt den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat den försäkrade/mig får lämna Svedea alla för bedömande av ersättningskraven erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Ort och datum	Namnteckning skadelidande	Namnförtydligande
---------------	---------------------------	-------------------

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

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