

Försäkringsnummer - försäkringsbolagets notering

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Svenska Judoförbundet

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?

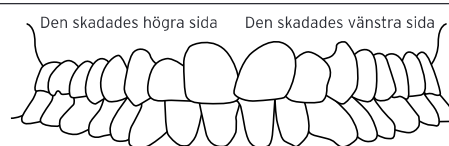
Ja Nej

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