

Försäkringstagare

Kommunens namn

Skadelidande

Namn		Personnummer
Adress		Postnr och postort
Mejl		Mobil
Utbetalning önskas till Bankkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/>		Kontonr - vid bankkonto ange även clearingnr
Målsman		Personnummer
Mejl		Mobil

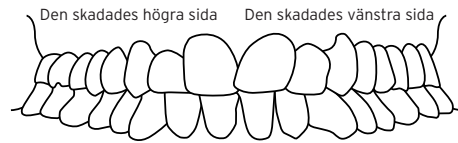
Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl	Var inträffade olycksfallet?	
Inträffade olycksfallet under skol-/verksamhetstid eller under fritid?		
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)		
Har läkarbehandlingen avslutats? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Befaras invaliditet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Finns ytterligare olycksfallsförsäkring? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Bolag	Har skadan anmälts dit? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Vid tandskada

Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Mjölk tänder Permanenta tänder



OBS! Information beträffande läke- och tandskadekostnader vid olycksfall

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
Kommunolycksfall
Box 3489
103 69 Stockholm

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