

Försäkringsnummer - försäkringsbolagets notering
 

---

 Skadenummer - försäkringsbolagets notering
 

---

## Försäkringstagare

 Försäkringstagarens namn
 

---

Förening/klubb

*Svenska Cheerleadingförbundet*


---

Mejl

 Mobil
 

---

## Skadelidande

Namn

 Personnummer
 

---

Adress

 Postnr och postort
 

---

Mejl

 Mobil
 

---

Är du anställd eller avlönad av en förening/klubb?

 Ja  Nej 

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?
 

---

Inträffade olyckan under en träning eller tävling?

 Träning  Tävling  Övrigt 


---

 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