

Försäkringsnummer - ifylls alltid

1088398

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Sportfiskarna

Utdelningsadress

Svartviksslingan 28

Postnr och postort

167 39 Bromma

Telefon dagtid

04-41080600

Mobil

Mejl

info@sportfiskarna.se

Är ni redovisningsskyldig för moms?

Ja

Person-/Org.nr

802004-4288

Utbetalning önskas till

Plusgiro Bankgiro

Skadelidande

Skadelidandes namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnr och postort

Mejl

Är den skadelidande anställd hos försäkringstagaren? Ja Nej

Utbetalning önskas till

Bankkonto Plusgiro Bankgiro

Kontonummer - vid bankkonto ange även clearingnr

Olycksfall

När inträffade olycksfallet? År, mån, dag, kl

| | | |

Var inträffade olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till? Detaljerad beskrivning (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?

Ja Nej

I så fall när?

Vilken läkare anlätades då? (namn/adress)

Har läkarbehandlingen avslutats?

Ja Nej

Befaras invaliditet?

Ja Nej

Finns ytterligare olycksfallsförsäkring?

Ja Nej

Bolag

Har skadan anmälts dit?

Ja Nej

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.

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
---------------	---------------------------	-------------------

Underskrift försäkringstagare

Ort och datum	Namnteckning försäkringstagare	Namnförtydligande
---------------	--------------------------------	-------------------

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

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