

Försäkringsnummer - försäkringsbolagets notering

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

På vilken försäkring anmäls skadan

Bas ☐ Träning och tävling ☐ Korttidsförsäkring ☐

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Svenska Gymnastikförbundet

Förening/klubb

Kommun där föreningen/klubben är verksam

Disciplin/gren

Aerobic Gymnastics ☐ Artistisk Gymnastik ☐ Barngymnastik ☐ Drill ☐ Gruppträning ☐ Hopprep ☐
Parkour och trickning ☐ Rytmask Gymnastik ☐ Trampolin ☐ Truppgymnastik ☐ Övrigt ☐

Om Övrigt, beskriv vad

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?

Olyckan inträffade under:

Träning ☐ Tävling ☐ Uppvisning ☐ Övrigt ☐ Om Övrigt, beskriv vad

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?

Olycksfall forts.

När anlitas tandläkare?

Vilken tandläkare (namn, adress, telefon)

Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? I så fall när?

Vilken läkare och/eller tandläkare anlitas då? (namn/adress)

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 olyckfall**

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

Intyg från föreningen/klubben (ifylls av representant för föreningen/klubben)

Försäkringen gäller vid olycksfallsskada som inträffar under deltagande i tävling, uppvisning eller organiserad träning som anordnats av Svenska Gymnastikförbundet, dess distriktsförbund eller förening. Försäkringen gäller även under direkt färd till och från dessa aktiviteter samt under motsvarande aktiviteter anordnade av det internationella gymnastikförbundet (FIG) eller organisationer tillhörande detta förbund. Den aktuella skadan inträffade under sådan aktivitet som anges ovan och skedde i samband med:

Resa till/från träning ☐ Träning ☐ Resa till/från tävling ☐ Tävling ☐ Uppvisning ☐

Beskrivning

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Mejl		Telefon

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

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