

Försäkringsnummer - försäkringsbolagets notering

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

## På vilken försäkring anmäls skadan

Bas  Träning och tävling  Korttidsförsäkring 

## Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Svenska Gymnastikförbundet

Förening/klubb

Mejl

Mobil

## Skadelidande

Namn

Personnummer

Adress

Postnr och postort

Mejl

Mobil

Är du anställd eller avlönad av en 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?



**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

Beskrivning

---



---



---

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Mejl	Telefon	

Skadeanmälan skickas till:

**Svedea AB**  
**Box 3489**  
**103 69 Stockholm**

Svedea AB  
Telefon: 0771-160 199  
Org.nr: 556786-1678  
svedea.se