

Försäkringsnummer - ifylls alltid

951574

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn

Scouterna

Utdelningsadress

Box 42034

Postnr och postort

126 12 Stockholm

Telefon dagtid

08-568 432 00

Mobil

Mejl

forsakringar@scouterna.se

Är ni redovisningskyldig för moms?

Ja Nej

Person-/Org.nr

802006-2942

Utbetalning önskas till

Plusgiro Bankgiro

Kontaktperson

Patrik Broms

Kontonummer

PG 1529-7 BG 256-2551

Skadelidande

Skadelidandes namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnr och postort

Är du ideell eller anställd?

Ideell Anställd

Utbetalning önskas till

Bankkonto Plusgiro Bankgiro

Kontonummer - vid bankgiro 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 kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? I så fall när?

Ja Nej

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

Vänd dig alltid i första hand till vårdgivare (vårdcentral/sjukhus) med förfrågan om ersättning. Insänd därefter ersättningsbevis i original. Alla kostnader som inte ersätts av vårdgivare skall 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 bedömande av ersättningskraven erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Ort och datum	Namn-teckning skadelidande	Namnförtydligande
---------------	----------------------------	-------------------

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

0771-160 199
svedea.se