

SKADEANMÄLAN - olycksfall tennis

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringsnummer 8491659	Försäkringstagarens namn Svenska Tennisförbundet	Förening/klubb
SvTFs Olycksfalls försäkring	E-postadress	Mobil

Skadelidande

Skadelidandes namn	Licensnummer	Personnummer	
Utdelningsadress	Mobil		
Postnr	Ortnamn	E-postadress	
Är du anställd eller avlönad av en klubb?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Utbetalning önskas till <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro	Kontonr - vid bankkonto ange även clearingnr
Målsman	Personnummer		
E-postadress målsman	Mobil		

Olycksfall

När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag, tid)	Inträffade olyckan under en match? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Var inträffade olycksfallet?		
Beskriv händelseförloppet detaljerat		
Vilken kroppsskada uppkom?		
När anlätades läkare?	Vilken läkare (namn, adress, telefon)	
När anlätades tandläkare?	Vilken tandläkare (namn, adress, telefon)	
Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I så fall när?	
Vilken läkare och/eller tandläkare anlätades då? (namn/adress)		
Har läkarbehandlingen avslutats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Befaras invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Finns ytterligare olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vid tandskada

Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Den skadades högra sida

Den skadades vänstra sida

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 Gjensidige 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

Underskrift

Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Gjensidige Försäkring, Postadress Box 130, 250 13 Helsingborg

Telefon 0771-326 326 – www.gensidige.se