

Skadeanmälan - olycksfall tennis

Försäkringstagare

Försäkringsnummer 593243	Försäkringstagarens namn Svenska Tennisförbundet	Förening/klubb
SvTFs Olycksfalls försäkring	E-postadress	Mobil

Skadad

Den skadades namn	Licensnummer	Personnummer
Utdelningsadress		Mobil
Postnummer	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
Vårdnadshavare		Personnummer
E-postadress Vårdnadshavare		Mobil

Olycksfall

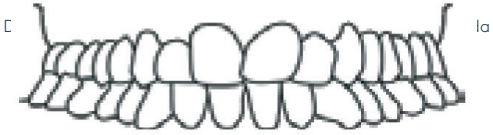
När inträffade olycksfallet? (År, mån, dag, tid)	Inträffade olyckan under en match? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Var inträffade olycksfallet?	
Beskriv händelseförloppet detaljerat	
Vilken kroppsskada uppkom?	

När anlätades läkare?	Vilken läkare (namn, adress, telefon)	
När anlätades tandläkare?	Vilken tandläkare (namn, adress, telefon)	
Har den skadade kroppsdelens 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 kvarstående besvär? <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.

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 från annat håll	Återstående belopp

Kompletterande uppgifter

--

Underskrift försäkrad (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Skadeanmälan skickas till:

Gjensidige Försäkring, Box 4430, 203 15 Malmö
Telefon 0771-326 326
www.gjensidige.se

Information om behandling av personuppgifter (GDPR)

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att Gjensidige ska kunna handlägga ditt skadeärende. Du kan läsa mer om hur Gjensidige behandlar personuppgifter på www.gjensidige.se/gdpr