

Skador hanteras av Trygg Hansa AB.  
Samtliga handlingar skicka till Svenska Sjö:  
**Svenska Sjö AB**  
**Box 266**  
**185 23 Vaxholm**  
Tfn: 08-541 717 50  
Fax: 08-541 328 92  
Mail: info@svenskasjo.se

**Försäkrad**

Försäkringstagarens namn		Skadenummer (Försäkringsbolagets notering)
Utdelningsadress	e-post	Försäkringsnummer
Postnr och postort	Telefon	Personnummer                     -

**Skadelidande**

Skadelidandes namn		Personnummer                     -
Utdelningsadress	Postnr och postort	
e-post	Telefon dagtid	
Utbetalning önskas till: <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto	Kontonummer – vid bankkonto ange även clearingnr 	

**Olycksfall**

När inträffade olycksfallet?	år	mån	dag	kl	Var inträffade olycksfallet?
Hur gick olycksfallet till? Detaljerad beskrivning (Fortsätt på baksidan om detta utrymme ej räcker).					
Vilken kroppsskada uppkom?					
När anlätades läkare?	Vilken läkare? (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 anlätades då? (namn/adress)		
Har läkarbehandlingen avslutats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den / 20	Befaras invaliditet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Finns ytterligare annan olycksfallsförsäkring?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

**OBS! Information beträffande läke-, rese- 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 vårdguiden (vårdcentralen/sjukhus) med förfrågan om ersättning. Insänd därefter ersättningsbevis i original. Alla kostnader som inte ersätts av vårdgivaren skall styrkas med originalkvitto.

**Tandskadekostnader**

Barn och ungdomar har – t o m det kalenderår de fyller 19 år – rätt till gratis, regelbunden tandvård hos folktandvården.

Därför skall inte något tandläkarintyg sändas till försäkringsbolaget. Markera endast på bilden vilka tänder som skadats för den händelse slutbehandling inte kan ske före 20 års ålder.

**Läkekostnader**

Datum	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Total kostnad	Ersatt av försäkringskassan	Återstående belopp

## Tandskada

Besvaras vid tandskada. OBS! Intyg från tandläkaren skall inte sändas in vid ålder under 20 år.

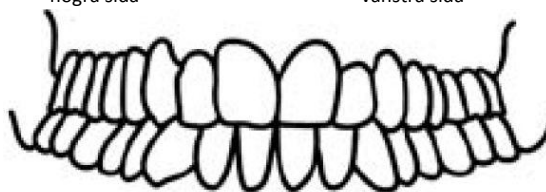
Kryssa själv för och markera på bilden de tänder som blivit skadade

Den skadades  
högra sida

Den skadades  
vänstra sida

Mjölktänder

Permanenta tänder



## Kompletterande upplysningar

### 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 försäkringsbolaget alla för bedömande av ersättningskraven erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Ort och datum

Underskrift, skadelidande

Namnförtydligande, v g texta

### Underskrift försäkringstagare

Ort och datum

Underskrift, försäkringstagare

Namnförtydligande, v g texta