

Skadeanmälan

- vid olycksfall

Person som anmälan avser

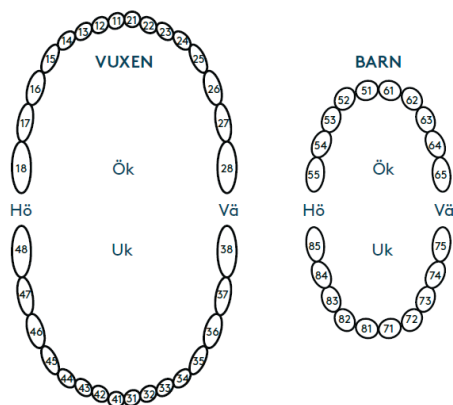
Försäkringsnummer		Personnummer
För- och efternamn		
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)
Postnummer	Ortnamn	E-postadress
Kontonummer för utbetalning av eventuell ersättning (ange clearingnummer och kontonummer)		
Har du anmält skadan till annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, ange vilket försäkringsbolag
Har ersättning utbetalats av annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Olycksfallsskada

1. När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag)	
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skola/arbete <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/arbete <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> Verksamhetstid	
3. Beskriv händelseförloppet detaljerat	
4. Beskriv vilka kroppsskador som blev följden av olycksfallet	
5. Är skadan polisanmäld? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
6. Var du vid tillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?	
7. Har du uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange när du uppsökte läkare?
8. Vilken behandling har du fått?	
9. Har du varit inskriven på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal dagar som du varit inskriven för vård.
10. Har du varit akut inlagd för vård?	
11. Ange vilken klinik/sjukhus du har varit inlagd på.	

12. Har du varit sjukskriven? (Vid sjukskrivning mer än 7 dagar, bifoga sjukskrivningsintyg.)	
<input type="checkbox"/> Ja, till och med: <input type="checkbox"/> Nej	
13. Är du helt återställd?	Om nej, ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
14. Finns risk för kvarstående besvär/ärr?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
15. Har du tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel?	Om ja, ange var och när du sökte läkare på grund av detta.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Vid tandskada

1. Vilken tandläkare/tandvårdsklinik har undersökt skadan? När?	
2. Vilka tänder har skadats?	
<input type="checkbox"/> Mjölktänder <input type="checkbox"/> Permanenta tänder	
Vilka tänder skadades?	

Övriga upplysningar

Skadeanmälan skickas till:

skador@gjensidige.se

eller

Gjensidige Försäkring, Box 4430, 203 15 Malmö

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