

Skadeanmälan - vid kund/besöksolycksfall

Uppgifter om försäkringstagaren

Företagets namn	
Organisationsnummer	Försäkringsnummer

Person som anmälan avser

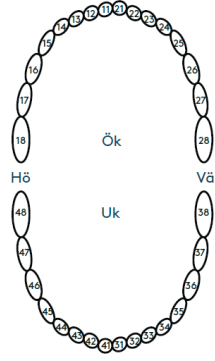
För- och efternamn	
Personnummer	E-postadress
Utdelningsadress	Mobilnummer
Postnummer	Ortsnamn
Finns annan giltig olycksfallsförsäkring? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, ange vilket försäkringsbolag:
Har ersättning utbetalats av annan försäkring? ☐ Ja ☐ Nej	

Olycksfallsskada

1. Var inträffade olycksfallet?	
2. När inträffade olycksfallet?	
3. Beskriv händelseförloppet detaljerat	
4. Beskriv vilka kroppsskador som blev följden av olycksfallet	
5. Har du uppsökt läkare för vård? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, ange när ni uppsökte läkare?
6. Vilken behandling har du fått?	

7. Om du har uppsökt vård, ange vilken vårdgivare (mottagning) och postadress	
8. Har du varit sjukskriven i mer än 29 dagar, bifoga sjukskrivningsintyg. ☐ Ja, till och med: ☐ Nej	
9. Är du helt återställd? ☐ Ja ☐ Nej	Om nej, ange vilken behandling som pågår.
10. Har du tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, ange var och när läkare uppsöktes pga detta?
Om skadan är en direkt följd av trafikolycka, ange fordonets försäkringsnummer och försäkringsbolag	

Vid tandskada

1. Vilken tandläkare har undersökt skadan och när?
2. Vilka tänder har skadats? 

Skadekostnader

Datum	Utgiftens art (läkararvode, resor etc.)	Total kostnad	Ersatt från annat håll	Återstående belopp

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