

Skadeanmälan sjukavbrott

Försäkringsnummer - ifylls alltid	Skadenummer - försäkringsbolagets notering
-----------------------------------	--

Uppgift om försäkringstagaren

Företagsnamn	Org. nr	Antal anställda i företaget
Utdelningsadress		E-post
Postnummer & postort	Telefon dagtid	Mobil
Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Bg <input type="checkbox"/> Pg	Bankens namn	Kontonummer & clearingnummer

Redovisning och moms

Är ni momsredovisningsskyldig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis	Om du är företagare, är företaget ett enmansföretag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)	Bankgironummer/Plusgironummer

Sjukskriven person

Förnamn Efternamn	Personnummer (ååmmdd-xxxx)	E-post
Adress, postnummer och ort		
Arbetar du heltid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, ange sysselsättningsgrad i procent:	Sysselsättning/yrke	
Huvudsaklig arbetsuppgift	Sjukskriven från (år, månad, datum)	
Grad av sjukskrivning i procent	Överensstämmer läkarintyg med den faktiska sjukskrivningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, ange avvikelser:	
Har vikarie anlitats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, fr o m:	Om nej, varför inte?	
Har du tidigare varit sjukskriven för samma sjukdom/symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, fr o m-t o m	När märktes den första symptomen för sjukdomen? (datum)
När anlitades läkare första gången (datum)?	Ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort	
Har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket sjukhus?	Fr o m-t o m
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när? (datum)	Anlitades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort		

Uppgifter om dubbelförsäkring

Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag och försäkringsnummer?
---	--

Underskrift

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas.

Ort och datum	Försäkringstagarens egenhändiga namnunderskrift
---------------	---

För att kunna bedöma ditt ersättningsanspråk behöver vi nedanstående underlag.

Vänligen bifoga dessa till denna skadeanmälan.

1. Datautskrift från Försäkringskassan som visar all din sjukhistorik (beställ 030-bild, 036-bild och ÅHS-journal)
2. Sjukintyg från behörig läkare för aktuell period
3. Beslut om ersättning på grund av arbetsoförmåga från Försäkringskassan samt utbetalningsavier för aktuell period
4. Företagets resultatrapporter (gärna månadsvis) från ett år bakåt i tiden (räknat från aktuellt skadedatum) och framåt till dess att personen åter är i normal tjänst. Dessa behöver vi för att kunna bedöma hur omsättningen förändrats på grund av sjukskrivningen/dödsfallet.

OBS! Underlag enligt punkt 2, 3 och 4 behöver du skicka in löpande i det fall sjukskrivningen och ersättningsanspråket förlängs successivt.

Skadeanmälan skickas till:

Gjensidige Försäkring
Box 4430
203 15 Malmö

Försäkringsgivare:

Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, 516407-0384.

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