

# Fakturaunderlag Sjukvårdsförsäkring

Gjensidige Försäkring  
Svensk filial till Gjensidige Forsikring ASA  
Organisationsnummer: 516407-0384

Skadenummer: ( Fylls i av vårdgivaren. Obligatorisk uppgift)	Försäkrad är kund i: ange t. ex. Vardia, Movestic, Gjensidige
--	---

## Personuppgifter försäkrad - Uppgifterna fylls i av försäkrad och är obligatoriska

<input type="checkbox"/> Nybesök	<input type="checkbox"/> Återbesök
Namn	Personnummer
Telefon	Email
Orsak till besöket ( diagnos / symptom)	

## Underskrift av den försäkrade och Fullmakt för inhämtning av läkarjournaler (två underskrifter)

**Underskrift:** Jag försäkrar härmed att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

**Fullmakt:** Jag lämnar mitt samtycke till att sjukvårdspersonal, sjukvårdsinrättningar, arbetsgivare, försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Gjensidige Försäkring, eller de företag som Gjensidige eventuellt anlitar för skadereglering, de upplysningar, journaler, intyg m.m. som Care vårdplaneringen, försäkringsgivaren eller de företag som Gjensidige anlitar för skadereglering, behöver för att bedöma rätt till vård och ersättning av den aktuella skadan

Underskrift Ort och datum	Fullmakt Ort och datum
Namnteckning	Namnteckning

## Vårdgivarens uppgifter - Ifylles i samband med varje besök. Obligatoriska uppgifter

Datum för besöket	Kontaktuppgifter ( telefon/email)	
Vårdgivarens namn	Företagets namn	
Organisationsnummer	Adress	
Postadress	Finns F-skattsedel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Fakturauppgifter

Fakturanummer	Fakturadatum	Plusgironummer / Bankgironummer
Behandling	Ange specialist, antal behandlingar m.m	Kostnad (kr)
Läkarbesök, ange även specialitet		
Operation, ange operationskod		
Röntgenundersökning, specificera		
Laboratorieundersökning, specificera		
Fysikalisk behandling, antal behandlingar		
Psykolog/Psykoterapeut, antal behandlingar		
Annan, specificera		
	Diagnos /Symtom	Avdrag för självrisk
	Diagnoskod (ICD-10)	Totalt att betala
Underskrift Vårdgivare	Namnförtydligande	

**Skicka underlaget och fakturan till:** Gjensidige Försäkring, Care vårdplanering, Box 4430, 203 15 Malmö  
**Mer information:** [www.gjensidige.se/vardgaranti](http://www.gjensidige.se/vardgaranti)