

Skadeanmälan sjukavbrott AVA Flex

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Uppgift om försäkringstagaren

Företagsnamn	Organisationsnummer	Antal anställda i företaget
Utdelningsadress		E-post
Postnummer & postort	Telefon dagtid	Mobil
Ersättning önskas till ☐ Bg ☐ Pg ☐ Konto	Bankens namn	Kontonummer & clearingnummer

Redovisning och moms

Är ni momsredovisningsskyldig? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis	Om du är företagare, är företaget ett enmansföretag? ☐ Ja ☐ Nej
--	--

Sjukskriven person

Förnamn Efternamn	Personnummer (ååmmdd-xxxx)	E-post
Adress, postnummer och ort		
Arbetar du heltid? ☐ Ja ☐ 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? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, ange avvikelser:	
Har vikarie anlitats? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, fr o m:	Om nej, varför inte?	
Har du tidigare varit sjukskriven för samma sjukdom/symptom? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, fr o m-t o m	När märktes den första symptomen för sjukdomen? (datum)
När anlätades läkare första gången (datum)?	Ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort	
Har du varit inlagd på sjukhus? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, vilket sjukhus?	Fr o m-t o m
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, när? (datum)	Anlätades läkare då? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort		

Uppgifter om dubbelförsäkring

Finns försäkring i annat bolag? ☐ Ja ☐ 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 ÄHS-journal)
2. Sjukintyg från behörig läkare för aktuell period
3. Beslut om ersättning på grund av arbetsoförmåga från Försäkringskassan samt utbetalningsavier för aktuell period

OBS! Underlag enligt punkt 2 och 3 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