

Skadeanmälan

Vuxen sjukdom

Person som anmälan avser

Försäkringsnummer	Personnummer	E-postadress
För- och efternamn		
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)
Postnummer		Ortsnamn
Har ersättning lämnats från annan sjukförsäkring? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, vilket bolag?		

Vid sjukdom

1. Vilka symtom eller besvär har du?	
2. Har du uppsökt läkare för vård?	Om ja, ange när du uppsökte läkare? (År, månad, dag)
☐ Ja ☐ Nej	
Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat dig.	
3. Har du tidigare lidit av samma sjukdom/symtom?	Om ja, ange när och vilken eventuell behandling du fick då.
☐ Ja ☐ Nej	
4. Har diagnos fastställts?	Om ja, ange vilken.
☐ Ja ☐ Nej	
5. Är du helt återställd?	Om nej, ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.
☐ Ja ☐ Nej	

Övriga upplysningar

Blanketten 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