

Skadeanmälan barn

Barn som anmälan avser

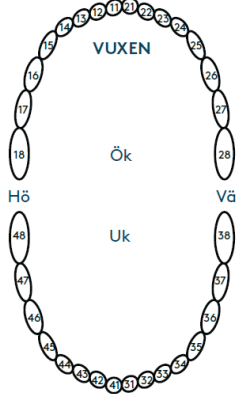
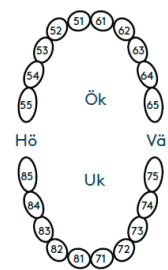
Försäkringsnummer		Vårdnadshavarens namn	Vårdnadshavarens personnummer
Barnets namn			Barnets personnummer
Utdelningsadress			Telefon dagtid (+ riktnr)
Postnummer	Ortnamn		E-postadress
Kontonummer för utbetalning av ev ersättning (ange clearingnr och kontonummer/barnetskonto)			
Har skadan anmälts till annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Om Ja ange vilket försäkringsbolag:
Har ersättning utbetalats av annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Olycksfallsskada

1. När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag)	
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skola/arbete <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/arbete <input type="checkbox"/> På fritiden	
3. Beskriv händelseförloppet detaljerat	
4. Beskriv vilka kroppsskador som blev följden av olycksfallet	
5. Är skadan polisanmäld? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
6. Har barnet uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange när ni uppsökte läkare?
7. Vilken behandling har barnet fått?	
8. Har barnet varit inskriven på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal dagar som barnet varit inskriven för vård.
9. Har barnet varit akut inlagd för vård?	
10. Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat barnet och/eller där barnet varit inlagd.	

11. Är barnet helt återställt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.
12. Finns risk för kvarstående besvär/ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
13. Har barnet tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange var och när ni läkare uppsöktes pga detta?
14. Om skadan är en direkt följd av trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag.	

Vid tandskada

1. Vilken tandläkare har undersökt skadan och när?	
2. Vilka tänder har skadats? <input type="checkbox"/> Mjölktänder <input type="checkbox"/> Permanenta tänder	
Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats:	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>VUXEN</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>BARN</p>  </div> </div>	
3. Beskriv händelseförloppet detaljerat	

Vid sjukdom

1. Vad har barnet för symtom eller besvär?	
2. Har barnet uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange när ni uppsökte läkare? (År, mån, dag)
Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat barnet.	

3. Har barnet tidigare lidit av samma sjukdom/symtom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange när och vilken ev behandling barnet fick då.
Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat barnet.	
4. Har diagnos fastställts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange vilken.
5. Har barnet varit inskriven på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange under vilka dagar barnet låg på sjukhus (år, mån, dag)
6. Behöver barnet fortsatt vård hemma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange under vilken tid vårdbehov föreligger. Bifoga läkarintyg.
7. Är barnet helt återställt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.

Vid sjukdom

1. Namn på hemmavarande förälder
2. Vårdperiod
3. Diagnos

Intyg från läkare och arbetsgivare skall bifogas. Vid omvårdnadsbidrag skall även beslut från Försäkringskassan bifogas.

Skadekostnader - bifoga alltid kvitto i original

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

Övriga upplysningar

--

Underskrift

Ort och datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Blanketten skickas till:

Gjensidige, 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