

Skadeanmälan

Olycksfall barn - Liv & Hälsa

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 eventuell ersättning (ange clearingnummer 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			

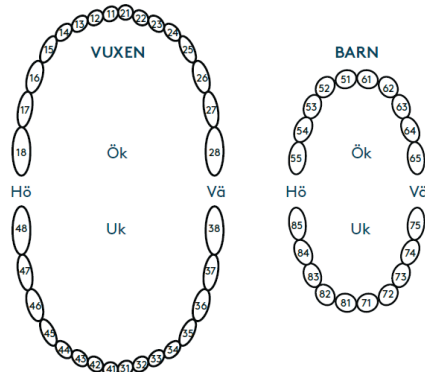
Olycksfallsskada

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. Ange namn och adress till sjukhus eller annan vårdinrättning du besökt för behandling efter olycksfallet.	

10. 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.
11. Finns risk för kvarstående besvär/ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
12. 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?
13. 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
Vilka tänder har skadats?



Skadekostnader

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

Övriga upplysningar

Skadeanmälan 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