

# Skadeanmälan

## Olycksfall vuxen - Liv & Hälsa

### Person som anmälan avser

Försäkringsnummer	Personnummer	E-postadress
För- och efternamn		
Utdelningsadress	Telefon dagtid (+ riktnummer)	
Postnummer	Ortsnamn	
Kontonummer för utbetalning av eventuell ersättning (ange clearingnummer och kontonummer)		
Finns annan giltig olycksfallsförsäkring? <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		

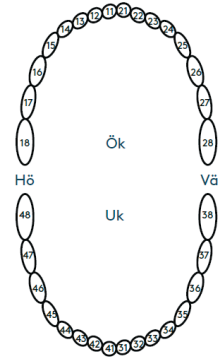
### Olycksfallsskada

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 <input type="checkbox"/> Verksamhetstid	
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 du uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange när ni uppsökte läkare?
7. Vilken behandling har du fått?	
8. Har du varit inskriven på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal dygn som du varit inskriven för vård.

9. Ange namn och adress till sjukhus eller annan vårdinrättning du besökt för behandling efter olycksfallet.	
10. Är du helt återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange vilken behandling som pågår.
11. Finns risk för kvarstående besvär/ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, på vilken kroppsdel?
12. Har du tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange var och när 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?



### Skadekostnader

Datum	Utgiftens art (läkararvode, 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**

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](http://www.gjensidige.se/gdpr)