

Skadeanmälan

Vuxen sjukdom - Liv & Hälsa

Person som anmälan avser

Försäkringsnummer	Personnummer	E-postadress
För- och efternamn		
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)
Postnummer		Ortsnamn
Finns annan giltig olycksfallsförsäkring? ☐ Ja ☐ Nej		Om ja, ange vilket försäkringsbolag:
Har ersättning utbetalats av annan försäkring? ☐ Ja ☐ Nej		

Vid sjukdom

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

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