

Skadeanmälan - vid olycksfall

Person som anmälan avser

Försäkringsnummer	Personnummer	E-postadress
För- och efternamn		
Utdelningsadress	Telefon dagtid (+ riktnr)	
Postnummer	Ortsnamn	
Kontonummer för utbetalning av ev ersättning (ange clearingnr 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		

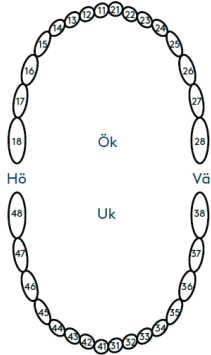
Olycksfallsskada

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. Var du vid tillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?	
7. Har du uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange när ni uppsökte läkare?
8. Vilken behandling har du fått?	
9. Har du varit inskriven på sjukhus inlagd för vård över natt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal dygn som du varit inskriven för vård.

10. Har du varit akut inlagd för vård?	
11. Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat dig och/eller där du varit inlagd.	
12. Har du varit sjukskriven? (Vid sjukskrivning mer än 7 dagar, bifoga sjukskrivningsintyg.) <input type="checkbox"/> Ja, till och med: <input type="checkbox"/> Nej	
13. Är du helt återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange vilken behandling som pågår.
14. Finns risk för kvarstående besvär/ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, på vilken kroppsdel?
15. 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?

Vid tandskada

1. Vilken tandläkare har undersökt skadan och när?
2. Vilka tänder har skadats? Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats:



Skadekostnader

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

Övriga upplysningar

--

Underskrift

Ort och datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Skadeanmälan skickas till:

Gjensidige Försäkring, Postadress 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