

SKADEANMÄLAN BARN

Person som anmälan avser

Försäkringsnummer	Vårdnadshavarens namn	Vårdnadshavarens personnummer	
Barnets namn	Barnets personnummer		
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)	Telefon övrig tid (+ riktnr)
Postnr	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

- När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag)
- Var inträffade olycksfallet? I skola/arbete På väg till/från skola/arbete På fritiden
- Beskriv händelseförloppet detaljerat
- Beskriv vilka kroppsskador som blev följden av olycksfallet
- Är skadan polisanmäld? Ja Nej
- Var den skadelidande vid tillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?
- Har skadelidande uppsökt läkare för vård? Ja Nej Om Ja ange när ni uppsökte läkare?
- Vilken behandling har den skadelidande fått?
- Har skadelidande varit inskriven på sjukhus för vård? Ja Nej Om Ja, ange antal dagar som skadelidande varit inskriven för vård.
- Har skadelidande varit akut inlagd för vård?
- Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat skadelidande och/eller där skadelidande varit inlagd.
- Är skadelidande helt återställd? Ja Nej Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.
- Finns risk för bestående men/ärr? Ja Nej
- Har den skadelidande tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel? Ja Nej Om Ja ange var och när ni läkare uppsöktes pga detta?
- Om skadan är en direkt följd av trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag.

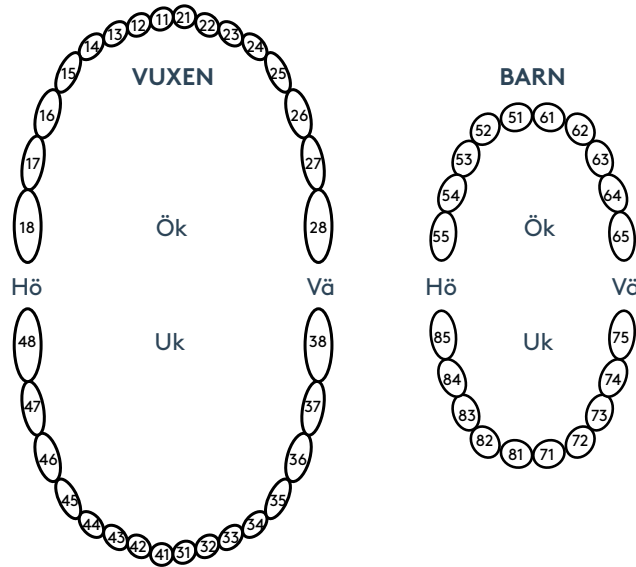
Tandskada

1. Vilken tandläkare har undersökt skadan och när?

2. Vilka tänder har skadats? Mjölktänder Permanenta tänder

Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats:

3. Beskriv händelseförloppet detaljerat



Sjukdom

1. Vad har den skadelidande för symtom?

2. Har den skadelidande uppsökt läkare för vård? Ja 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 den försäkrade.

3. Har den försäkrade tidigare lidit av samma symtom? Ja Nej Om Ja ange när och vilken ev behandling den försäkrade fick då.

Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat den försäkrade.

4. Har diagnos fastställts? Ja Nej Om Ja ange vilken.

5. Har den försäkrade varit inskriven på sjukhus för vård? Ja Nej Om Ja ange under vilka dagar den försäkrade låg på sjukhus (år, mån, dag)

6. Behöver den försäkrade fortsatt vård hemma? Ja Nej Om Ja ange under vilken tid vårdbehov föreligger. Bifoga läkarintyg.

7. Är den försäkrade helt återställd? Ja Nej Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.

Vårdbidrag eller Vård i hemmet

1. Namn på hemmavarande förälder

2. Vårdperiod

3. Diagnos

Intyg från läkare och arbetsgivare skall bifogas. För Vårdbidrag skall även beslut från Försäkringskassan bifogas.

Skadekostnader - bifoga alltid kvitto i original

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

Övriga upplysningar

Underskrift av skadelidande/vårdnadshavare

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Information om personuppgiftslagen (PUL)

Gjensidige kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare samt försäkrade. Uppgifterna används för att Gjensidige ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla krav som ställs på Gjensidige verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Gjensidige eller de företag som Gjensidige samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan du kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Gjensidige rättar felaktiga uppgifter som rör dig. Personuppgiftsansvarig är Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, Box 3031, 103 61 STOCKHOLM.

Blanketten skickas till: Gjensidige Försäkring, Box 130 32, 250 13 Helsingborg

Bifoga med din anmälan:

- Kvitton i original
- Vid sjukhusvistelse: kopia på sjukhusräkning