

Skadeanmälan - vid olycksfall

Person som anmälan avser

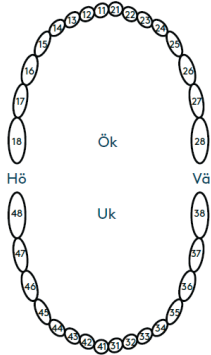
Försäkringsnummer	Personnummer	E-postadress	
För- och efternamn			
Utdelningsadress	Telefon dagtid (+ riktnr)	Telefon övrig tid (+ riktnr)	
Postnummer	Ortsnamn		
Kontonummer för utbetalning av ev ersättning (ange clearingnr och kontonummer)			
Finns annan giltig olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> 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 den skadelidande vid tillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?	
7. Har skadelidande uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange när ni uppsökte läkare?
8. Vilken behandling har den skadelidande fått?	
9. Har skadelidande varit inskriven på sjukhus inlagd för vård över natt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal dygn som skadelidande varit inskriven för vård.

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

Ort och datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Blanketten skickas till: Gjensidige, Box 4430, 203 15 Malmö eller till: olycksfall@gjensidige.se

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