



Skadenummer

A. Uppgifter om den försäkrade

Försäkringsnummer:	
Efternamn och tilltalsnamn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	Postnummer och ort:
Har den försäkrade andra sjuk- och/eller olycksfallsförsäkringar? (inkl. gruppförsäkringar) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange försäkringsnummer och försäkringsbolagets namn :
Har skadan anmälts till annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange vilket försäkringsbolag

B. Vårdnadshavare

Efternamn och tilltalsnamn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	Telefonnummer dagtid:
Postnummer och ort:	E-postadress:
Kontonummer för utbetalning av ev. ersättning (ange clearingnr och kontonummer):	

C. Vid sjukdom

1. Vad har den försäkrade för symtom eller besvär?	
2. Har den försäkrade uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 sjukdom/symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 då undersökte/behandlade den försäkrade.	
4. Har diagnos fastställts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange vilken
5. Har den försäkrade varit inskriven på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange under vilka dagar den försäkrade låg på sjukhus (år, mån, dag).
6. Behöver den försäkrade fortsatt vård hemma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange under vilken tid vårdbehov föreligger. Bifoga läkarintyg.
7. Är den försäkrade helt återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.

Försäkringsnummer

D. Vid olycksfallsskada

1. När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag)		<input type="checkbox"/> I förskola/skola/arbete
		<input type="checkbox"/> På väg till/från förskola/skola/arbete
		<input type="checkbox"/> På fritiden
2. Beskriv händelseförloppet detaljerat:		
3. Beskriv vilka kroppsskador som blev följderna av olycksfallet		
4. Finns risk för bestående ärr?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Har den försäkrade uppsökt läkare för vård?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		Om Ja ange när ni uppsökte läkare?
6. Har den försäkrade varit inskrivet på sjukhus för vård?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		Om Ja ange antal dagar som den försäkrade varit inskriven för vård.
Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat den försäkrade och/eller där den försäkrade varit inlagd.		
7. Är den försäkrade helt återställd?		Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
8. Har den skadelidande tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel?		Om ja, har den skadelidande fått ersättning från annan försäkring?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Försäkringen kan lämna ersättning för skadade kläder, glasögon, hjälm, hörapparat och andra handikapphjälpmedel som skadats vid olycksfallet. En förutsättning är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling krävts. Specificera skadade föremål med omfattning på skadan, ålder och inköpspris. Bifoga ev. kvitton.		
10. Har skadan medfört andra kostnader t ex för resor till och från vård och behandling?		Om Ja specificera kostnaderna och bifoga ev. kvitton.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

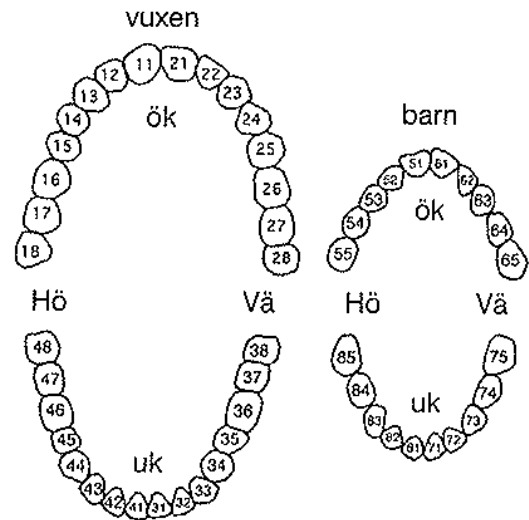
E. Vid tandskada

1. Vilken tandläkare har undersökt skadan och när?

2. Vilka tänder har skadats?

Mjölktänder Permanenta tänder

Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats:



2. Kompletterande upplysningar:

Gemensamt skadeanmälningsregister (GSR)

Försäkringsförbundets Service AB driver genom sitt dotterbolag GSR Skadeanmälningsregister AB ett branschgemensamt register över skadeanmälningar.

Syftet med registret är att förhindra utbetalningar av skadeersättningar som grundar sig på oriktiga uppgifter. När en skada anmäls till Gjensidige registreras sedan anmälan i GSR. Uppgift om skadetyp, skadedatum, skadenummer, handläggare, försäkringsbolag och personnummer anges.

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att Gjensidige äger rätt att registrera mitt/mitt barn skadeärende i ett för branschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR), se information ovan.

Ort och datum

Skadelidandes personnummer

.....

.....

Underskrift av skadelidande fr 16 år

Underskrift av vårdnadshavare

.....

.....

Namnförtydligande

Namnförtydligande

.....

.....



Fullmakt avseende skadereglering av anmäld skada

Fullmakten måste fyllas i för att vi ska kunna utreda den nu anmälda skadan och bedöma er rätt till ersättning.

Den försäkrades namn (efternamn och tilltalsnamn)

Personnummer

Hantering av personuppgifter

Alla uppgifter som du lämnat till oss behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL). Ändamålet med behandlingen är att Gjensidige ska kunna fullgöra sina skyldigheter i samband med skadereglering.

Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att lämnas ut till andra bolag inom Gjensidigekoncernen eller till företag som Gjensidige samarbetar med, till exempel Skadeanmälningsregister AB (GSR) och BGC (Bankgirocentralen). Enligt lag kan vi även behöva lämna ut uppgifter till myndigheter.

Om du önskar information om vilka personuppgifter som Gjensidige behandlar om dig, kan du lämna eller skicka en skriftlig begäran härom till Gjensidige Försäkring, Personuppgifter, Box 3031, 103 61 Stockholm. Till samma adress kan du begära rättelse av felaktig eller ofullständig personuppgift.

Medgivande

Jag medger att Gjensidige får inhämta information såsom journaler, intyg, registerutdrag och andra handlingar om mitt barn/mig (vid myndig) hälso-, sjukskrivnings-, och inkomstförhållanden från läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, försäkringsbolag, och annan försäkringsinrättning, allmän försäkringskassa, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare som Gjensidige anser sig behöva för att kunna handlägga skadeanmälan avseende mitt barn/mig (vid myndigt barn). Fullmakten gäller till dess den återkallas eller ärendet avslutas. Återkallas fullmakten innan ärendet avslutats och Gjensidige inte tagit del av alla handlingar som krävs för att reglera skadan kommer skaderegleringen att avbrytas till dess ny fullmakt inkommer.

Ort och datum

Underskrift av vårdnadshavare/den försäkrade

Namnförtydligande