



Skadenummer

A. Uppgifter om försäkringstagaren

Efternamn/tilltalsnamn/företagsnamn/kommun	Försäkringsnummer
--	-------------------

B. Uppgifter om den försäkrade/skadelidande

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Utdelningsadress:	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	E-postadress
Kontonummer för utbetalning av ev. ersättning (ange clearingnr och kontonummer)	
Har den försäkrade andra sjuk- och/eller olycksfallsförsäkringar? (inkl. gruppörsäkringar) <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

C. Olycksfallsskada

1. När inträffade olycksfallet? (År, mån, dag, klockslag)	
<input type="checkbox"/> I skola/arbete <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/arbete <input type="checkbox"/> På fritiden	
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 skadetillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?	
7. Finns risk för bestående ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
8. Har den skadelidande uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange var och när läkare uppsökts
9. Vilken behandling har den skadelidande fått?	

10. Har den skadelidande varit inskriven på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange antal dagar.	11. Har den skadelidande varit akut inlagd för vård?
12. Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat den skadelidande och/eller där den skadelidande varit inlagd		
13. Har den skadelidande varit sjukskriven? (Vid sjukskrivning mer än 7 dagar, bifoga sjukskrivningsintyg.) <input type="checkbox"/> Ja, till och med: <input type="checkbox"/> Nej		
14. Är den skadelidande helt återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos	
15. Har den skadelidande tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, har den skadelidande fått ersättning från annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
16. Trafikskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange bilens registreringsnummer samt försäkringsbolag	

D. Kostnader

Försäkringen kan lämna ersättning för kläder och glasögon som skadats vid olycksfallet. En förutsättning är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling krävs. OBS! Detta moment gäller endast då ersättning ej kan utgå från annan olycksfallsförsäkring. Specificera skadade föremål med omfattning på skadan, ålder och inköpspris. Bifoga ev. kvitton.

E. Tandskada

1. Har den skadelidande uppsökt tandläkare?	Om ja, ange tandläkarens namn och adress
2. Ange antal skadade tänder (bifoga underlag från tandläkare)	3. Ange antal förlorade tänder (bifoga underlag från tandläkare)

F. Övriga upplysningar

Gemensamt skadeanmälningregister (GSR)

Försäkringsförbundets Service AB driver genom sitt dotterbolag GSR Skadeanmälningregister 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 skadeärende i ett för branschen gemensamt skadeanmälningregister (GSR), se information ovan.

Underskrift av skadelidande (från 16 års ålder)

Ort och datum

.....

Underskrift av skadelidande

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.

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 mina 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 mig. 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

Skadelidandes personnummer

.....

.....

Underskrift av skadelidande

Underskrift av vårdnadshavare

.....

.....

Namnförtydligande

Namnförtydligande

.....

.....