

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 försäk- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange vilket försäkringsbolag

C. Olycksfallsskada

1. När inträffade olycksfallet? (År, mån, dag, klockslag)
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skola/arbete <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/ <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> Verksamhetstid (måste intygas av gruppöreträdare, sida 3)
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 den skadelidande uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange var och när läkare uppsökts
8. Vilken behandling har den skadelidande fått? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
9. Har den skadelidande varit inskrivet på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange antal dagar som den skadelidande varit inskriven för vård
10. Har den skadelidande varit akut inlagd för vård?	
11. Ange namn och adress till den läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som undersökt/behandlat den skadelidande och/eller där den 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 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
14. Finns risk för bestående men/ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vad för bestående men/ärr?
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

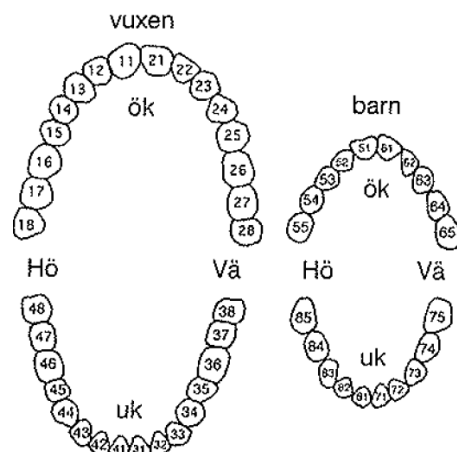
D. Kostnader

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)

Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats



F. Övriga upplysningar

G. Intyg från gruppföreträdaren

Intyggar att skadelidande omfattas av den försäkrade gruppen samt att skadan inträffat under den tid som angivits. OBS, underskrift av gruppföreträdare behövs vanligtvis inte då skadelidande omfattas av kommunens skolbarns försäkring.

Underskrift av gruppföreträdare

Namnförtydligande

Ort och datum

Telefonnummer

Gemensamt skadeanmälningssystem (GSR)

Försäkringsförbundets Service AB driver genom sitt dotterbolag GSR Skadeanmälningssystem 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 skadetyper, 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 skadeanmälningssystem (GSR), se information ovan.

Underskrift av skadelidande/vårdnadshavare

Datum (år, månad, dag)

Underskrift

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

De personuppgifter vi inhämtar om dig är nödvändiga för att vi ska kunna bedöma din rätt till ersättning enligt insänd skadeanmälan. Gjensidige kommer vid behandling av personuppgifter att iaktta stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet i enlighet med Gjensidiges etiska regler. Uppgifterna vi har registrerade kan komma att lämnas vidare till samarbetspartner avseende reglering av den nu anmälda skadan. Skriftligen kan ni begära att få ta del av de personuppgifter vi har registrerade om dig i våra register. Sådan begäran sänds skriftligen till Gjensidige Forsikring BA, Norge, Svensk filial, Box 3031, 103 61 STOCKHOLM.

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

Underskrift av den skadelidande/vårdnadshavare

Personnummer skadelidande

Namnförtydligande
