

Skadeanmälan

Hel arbetsoförmåga, vård av nära anhörig



Insändes till:
Gjensidige Försäkring
Box 3031
103 61 Stockholm

Telefon: 0771-326 321
E-post: specialskador@gjensidige.se

1. Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	E-post	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Telefon dagtid	Mobil

2. Bankuppgifter

Clearing nummer	Kontonummer
-----------------	-------------

3. Sjukdom/ Olycksfall/ Vård av nära anhörig

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	Fr o m vilket datum blev du/ nära anhörig 100 % sjukskriven?
Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen/olyckan?	Läkarens namn och kontaktuppgifter:
Är du/ nära anhörig fortfarande sjukskriven? Ja, till och med:	Nej, friskskriven från och med:
Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande?	
Vid sjukskrivning till följd av olycka, vänligen beskriv var olyckan inträffade och vad det var som hände	

4. Upplysningar

Uppbar du/nära anhörig innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? Ja, orsak: Nej	Har du/nära anhörig uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? Ja Nej
---	--

5. Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan: - Sjukskrivningsintyg - Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier

6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.	
Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande

Skadeanmälan Dödsfall på grund av olycksfallsskada



Insändes till:
Gjensidige Försäkring
Box 3031
103 61 Stockholm

Telefon: 0771-326 321
E-post: specialskador@gjensidige.se

1. Grunduppgifter försäkrad

Avlidnes/ försäkrads för- och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer och postort	Försäkringsnummer

2. Kontaktuppgifter dödsbo

Dödsboföreträdares för- och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer och postort	

3. Upplysningar

Beskriv kortfattat olycksfallsskadan som orsakade dödsfallet:

4. Bankuppgifter dödsbo

Clearingnummer	Kontonummer
----------------	-------------

5. Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan:

- Kopia på dödsfallsintyg

6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Underskrift dödsboföreträdare
Telefonnummer	Namnförtydligande