



M SVERIGE FÖRSÄKRING AB
BOX 23, 844 21 HAMMARSTRAND

Skadeanmälan – vid olycksfall

Person som anmälan avser

Försäkringsnummer	Personnummer	E-postadress
För- och efternamn		
Utdelningsadress	Telefon dagtid (+ riktnummer)	Telefon övrig tid (+ riktnummer)
Postnummer	Ort	
Kontonummer för utbetalning av ersättning (ange clearingnummer och kontonummer)		
Finns annan 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		

Olycksfallskada

1. När och var inträffade olycksfallet? (år, månad, dag)	
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> På 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 eller ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilken kroppsdel förväntas få 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	

överkäke

underkäke

Skadekostnader

Datum				

Övriga upplysningar

--

Underskrift av skadelidande

Ort och datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Blanketten skickas till:

Gjensidige Försäkring
Box 4430
20315 Malmö

Telefon: 073-655 25 30
skador@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 personuppgifterna på gjensidige.se/gdpr



M SVERIGE FÖRSÄKRING AB
BOX 23, 844 21 HAMMARSTRAND