



SKADEANMÄLAN - Sjukavbrottsförsäkring

Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare samt Försäkringstagare

Försäkringsnummer/Gruppavtalsnummer	
Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens namn	Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens utdelningsadress
Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens postnummer och ort	Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens telefonnummer
Försäkringstagarens/Företagets namn	Försäkringstagarens/Företagets organisationsnummer

Försäkrad/skadelidande

För- och efternamn		Person-/Organisationsnummer	
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)	Telefon övrig tid (+ riktnr)
Postnr	Ortnamn	E-postadress	

Uppgifter om arbetsförmåga

Arbetsförmåga beror på: Sjukdom Olycksfall

Vänligen bifoga kopia på läkarjournal och sjukhistorik (sk 036-bild) för de senaste 4 åren från Försäkringskassan.	Var du fullt arbetsför vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (år, månad och dag)	
Vilken läkare/vårdinrättning anlätades då? (ange namn och adress)		
Vilken läkare behandlar dig nu? (ange namn och adress)		
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när? (datum)	
Vilken sjukdom?	Hur länge?	
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket sjukhus?	
Sjukhusets adress		
Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning?		
Om Ja, ange i vilken omfattning? Bifoga även alla beslut från Försäkringskassan samt kopia på läkerintyg.	100% <input type="checkbox"/>	Datum fr o m - t o m
	75% <input type="checkbox"/>	Datum fr o m - t o m
	50% <input type="checkbox"/>	Datum fr o m - t o m
	25% <input type="checkbox"/>	Datum fr o m - t o m
Är du fullt återställd? Om Ja, från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum fr o m	
Har du gällande sjukavbrottsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om Ja, i vilket bolag?		
Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du gällande sjukvårdsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, i vilket försäkringsbolag?		

Företagets kontouppgifter

Bankkonto - Clearingnr:

Kontonummer:

Bank:

Personkonto:

Plusgiro:

Bankgiro:

OBS! Bifoga kopia på det senaste reviderade årsbokslutet.

Viktig information

Gjensidige kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare samt försäkrade. Uppgifterna används för att Gjensidige ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla krav som ställs på Gjensidige verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Gjensidige eller de företag som Gjensidige samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan du kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Gjensidige rättar felaktiga uppgifter som rör dig.

Personuppgiftsansvarig är Gjensidige Försikring ASA Norge, svensk filial, Box 3031, 103 61 STOCKHOLM

Underskrift försäkrad/skadelidande

Uppgifter i denna skadeanmälan ligger till grund för skadereglering. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

Jag medger att:

försäkringsgivaren eller de företag Gjensidige anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Jag förbinder mig att underrätta försäkringsgivaren om skadan anmäls till Försäkringskassan, AFA/TFA eller motsvarande.

Jag er medveten om att kostnadsersättningar som utbetalats till mig genom försäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetskada (AFA/TFA eller motsvarande).

Ort och datum

Namnteckning

Telefon dagtid

Namnförtydligande

Övriga upplysningar