

Skadeanmälan patientförsäkring

Uppgifter om patient

Skadedag	Personnummer	
För- och efternamn		
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)
Postnummer	Ortnamn	E-postadress
Yrke/sysselsättning och arbetsgivare		Bank och kontonummer inkl clearingnummer vid ev ersättning

Uppgifter om vårdgivare

Vårdinrättningen/Klinikens namn där behandlingen som orsakade skadan utfördes	Organisationsnummer
Namn på vårdgivaren	Försäkringsnummer
Adress till ovanstående klinik	Telefonnummer till ovanstående klinik
Alla övriga vårdgivare som har uppsökts på grund av skadan. Ange klinikens namn och adressen till vårdinrättningen.	
När utfördes behandlingen som orsakade skadan? Ange år, mån, dag	
Inlagd på sjukhus när skadan inträffade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange datum fr o m - t o m

Försäkringsfrågor

1. När skadan inträffade gavs vård på grund av: <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:	
2. Har anmälan gjorts till Trygghetsförsäkring vid arbetskada (AFA Försäkring) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
3. Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange försäkringsgivare
4. Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange försäkringsgivare
5. Har anmälan gjorts till annan försäkring, t ex läkmedelsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange försäkringsgivare

Personskadan är orsakad av

Skadan jag anmäler gäller medicinsk område:	
<input type="checkbox"/> Tand	<input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:
Skadan är orsakad av	
<input type="checkbox"/> Vårdåtgärd i samband med undersökning eller behandling	<input type="checkbox"/> Felaktig ordination av läkemedel
<input type="checkbox"/> Felaktig/fördröjd diagnos eller behandling	<input type="checkbox"/> Olycksfall i samband med vård och behandling
<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Felaktig medicinteknisk produkt

Vilken personskada anser du att du har drabbats av?

Uppge även skadans lokalisering om möjligt t.ex. vänster knä, framtand, psykisk ohälsa	
Har du varit sjukskriven på grund av personskadan som anmäls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om du varit sjukskriven, ange yrke/sysselsättning

Beskrivning av skadan som anmäls

Beskriv även vad som hänt och hur skadan uppstod		
Är du färdigbehandlad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när avslutades behandlingen?	Är du återställd idag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift

Ort och datum	Skadad/vårdnadshavarens namnteckning
Ombud/god mans/förvaltarens namnteckning om sådan finns (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)	

Information om behandling av personuppgifter (GDPR)

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 personuppgifter på www.gjensidige.se/gdpr