

## Skadeanmälan - patientförsäkring

### Uppgifter om patient

Skadedag	Personnummer		
För- och efternamn			
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)	Telefon övrig tid (+ riktnr)
Postnr	Ortsnamn	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 vi 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/fördröjd diagnos eller behandling <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Felaktig ordination av läkemedel <input type="checkbox"/> Olycksfall i samband med vård och behandling <input type="checkbox"/> Felaktig medicinteknisk produkt

## Vilken personskada anser du att du har drabbats av?

Uppge även skadans lokalisation om möjligt t.ex. vänster knä, framtand, psykisk ohälsa

Har du varit sjukskriven på grund av personskadan som anmäls?

 Nej Ja, under perioden

Om du varit sjukskriven, ange yrke/sysselsättning

## Beskrivning av skadan som anmäls

Beskriv även vad som hänt och hur skadan uppstod

Är du färdigbehandlad?

 Ja Nej

Om Ja, när avslutades behandlingen?

Är du återställd idag?

 Ja Nej

## 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 personuppgifter på [www.gjensidige.se/gdpr](http://www.gjensidige.se/gdpr)

Gjensidige får kommunicera med mig digitalt

 Ja Nej

Ort och datum

Skadelidande/vårdnadshavarens namnteckning

Ombud/god mans/förvaltarens namnteckning om sådan finns (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)