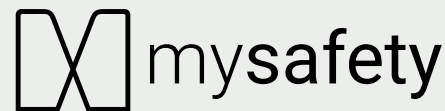


# SKADEANMÄLAN

OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

GRUPPAVTAL MYSAFETY 10139



## 1. Anmälan avser

Gruppmedlem

Medförsäkrad/familjemedlem

Gruppmedlemmens för- och efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

E-postadress

Postnummer

Telefonnummer (inkl. riktnummer)

Medförsäkrads för- och efternamn

Ifylles endast om anmälan avser medföljande familjemedlem

Personnummer

## 2. Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet

Klockslag

Olycksfallet inträffade

I arbetet

På fritid

på väg till/från

Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till. Ange även ort, plats samt övriga omständigheter.

Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?

Klockslag

När anlätades läkare (datum)?

Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort

Vem behandlar dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

Har du fått en remiss, som avser skada från olyckan, av behandlande läkare?  
(en remiss för vilken åtgärd, vid JA kontakta skadehandläggaren och bilägg remissen)

Ja

Nej

Har du varit inlagt på sjukhus? Om "Ja", vilket?

Ja

Nej

Fr.o.m.

t.o.m.

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?  
Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?

Ja

Nej

Anlitades läkare då?

Om "ja", ange vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort

Ja

Nej

Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc)?

Ja

Nej

Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?

Ja

Nej

Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?

Ja

Nej

Har du har varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet?

(läkarintyg måste bifogas)

**Till 100%**

Fr.o.m.  t.o.m.

**Till 75%**

Fr.o.m.  t.o.m.

**Till 50%**

Fr.o.m.  t.o.m.

**Till 25%**

Fr.o.m.  t.o.m.

Är du fullt arbetsför nu?

Om "ja", sedan när (datum)?

Ja

Nej

Ange din månadslön i kr vid insjuknandedagen

Ja

Nej

Är du återställd/friskförklarad?

Om "ja", sedan när (datum)?

### 3. Besvaras vid tandskada

Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera vilka tänder som blivit skadade

**Höger sida**

Kindtänder

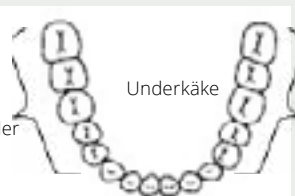


Kindtänder

Överkäke

**Vänster sida**

Kindtänder



Kindtänder

Underkäke

### 4. Uppgifter om dubbförsäkring

Finns försäkring i annat bolag?

Om "ja", vilket bolag och försäkringsnummer?

Ja

Nej

Har skadan anmälts dit?

Ja

Nej

## 5. Ersättningsanspråk

Var vänlig och specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning

Specifikation av anspråk

1.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	Summa	<input type="text"/>
<b>Total summa</b>			<input type="text"/>

## 6. Viktig information om ersättningsanspråk

Utgifterna ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet. Närmare information finns hos er vårdgivare.

## 7. Underskrift av försäkrad

- \* Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- \* Vidare medger jag att de uppgifter som lämnats om mitt hälsotillstånd, personuppgifter samt riskbedömning- och skaderegleringsresultat får registreras i bolagets dataregister.
- \* Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.
- \* Jag är medveten om att ersättning som utbetalas till mig från olycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande).

Ort och datum

Personnummer

Underskrift

Namnförtydligande

Skicka skadeanmälan till Gjensidige Försäkring via mail till skador@gjensidige.se eller post till Gjensidige Försäkring, Box 4430, 203 15 Malmö.

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 9 2016/679).

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivaren koncernen, samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU- och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringsbolaget har rätt att registrera anmälda skador med anledning av detta försäkringsavtal i ett skadeanmälningsregister som är gemensamt för försäkringsbranschen.