



GJENSIDIGE

Gjensidige Forsikring
P.O. Box 3031
SE-103 61, Stockholm
ORG-nr: 516405-3406
Tlf. +46 (0)771 326 326
Fax +46 (0)8 555 018 71
info@gjensidige.se
www.gjensidige.se

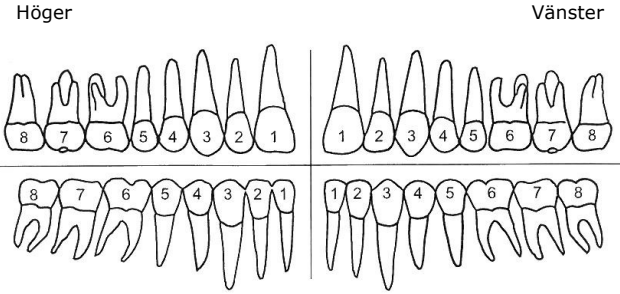
Skadeanmälan skickas till:

Crawford & Company AB
Olycksfall
Box 6044
171 06 Solna
Telefon 08-514 200 00

svensk filial till
Gjensidige Forsikring BA, Norge
ORG-nr. 938 741 700

Skadeanmälan – Olycksfallsförsäkring - barn (personer under 18 år)

Försäkringstagare	Kommun	Skola, institution, övrig verksamhet	Försäkringsnummer	
	Marks		2252061.1	
Skadelidande	Namn		Personnummer	
	Adress	Post nr.	Ort	
Målsman/ förmyndare	Namn		Telefon (8.30-16.00)	
	Adress, om annan än skadelidande		E-mail	
Ersättning utbetalas till	Namn			
	Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl. clearingnr. <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Kontonr.		
Skadetillfället	Skadedatum och klockslag	Plats		
	Inträffade olycksfallet på din fritid <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>	Inträffade olycksfallet på skol-/verksamhetstid <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>		
	Är skadan polisanmäld <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>	Vilket poliskontor		
	Var du vid skadetillfället påverkad av alkohol, medicin, eller annat rusningsmedel? <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, vad och hur mycket?		
	Hur gick olycksfallet till? _____ _____			
Kroppsskada	Vilken kroppsskada har du ådragit er på grund av olycksfallet?			
	När och var anlätades läkare. Om läkarintyg finns var vänlig bifoga kopia.			
	Har du tidigare haft skador/sjukdom i den kroppsdelen (det område), du nu har skadat.			
	Har du tidigare mottagit ersättning för liknande skada? Om ja, för vad och när?			
	Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum	Går du fortfarande på behandling? <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>
	Har du blivit sjukskriven <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>		Har du ordinerats sängläge? <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>	

Skada på glasögon	Beskriv skadan på glasögonen:		Vad kostar en reparation?	
	När är de skadade glasögonen inköpta?	Vad kostade bågarna?	Vad kostade glasen?	
	Om glasögonen inte kan repareras. Pris för båge, motsvarande modell och kvalitet som den skadade: kr. _____ Pris för glas, motsvarande modell och kvalitet som de skadade: kr. _____			
Skada på kläder	Skadade kläder	Inköpsår	Inköpspris	Inköpspris i dag
Tandskada	Markera nedan vilka tänder som skadats. Glöm inte att kryssa i mjölkttänder/permanenta tänder.			
	<input type="checkbox"/> Mjölktänder <input type="checkbox"/> Permanenta tänder	<p style="text-align: center;">Höger</p> 		<p style="text-align: center;">Vänster</p>
Ange tanddiagnos. (Ex concussio dentis 1+1)				
Andra försäkringar	Har du olycksfallsförsäkring i annat försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Bolag _____ Försäkringsnr/skadenr. _____			
	Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Bolag _____ Skadenr. _____			
Övriga upplysningar	_____ _____			
Försäkran	Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är införstådd med att oriktiga uppgifter kan medföra bortfall eller nedsättning av ersättning.			
Fullmakt	Fullmakt för Gjensidige/Crawford & Company AB att hos sjukvårdsinrättningar, läkare, allmän försäkringskassa, samt andra försäkringsbolag, inhämta upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar rätt att ta del av sjukjournaler och läkarintyg avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovannämnda handlingar får utlämnas till Gjensidige/Crawford & Company AB, oavsett bestämmelser i sekretesslagen.			
Underskrift	Datum	Skadelidandes underskrift. Om skadelidande är minderårig, underskrift av målsman/vårdnadshavare.		

Skolskjuts

Behov av taxi till och från skolan pga. olycksfall skall vara styrkt med ett intyg från behandlande läkare. Av intyget skall framgå under vilken tid taxi beviljats. Innan taxiresorna till och från skolan beställs, skall Crawford & Company AB kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Crawford & Company AB kan beställning av taxiresor göras.