



GJENSIDIGE

Gjensidige Forsikring
P.O. Box 3031
SE-103 61, Stockholm
ORG-nr: 516405-3406
www.gjensidige.se

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

Skadeanmälan skickas till:

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

Skadeanmälan – Olycksfallsförsäkring – Vuxna

Försäkringstagare	Kommun	Skola, institution, övrig verksamhet	Försäkringsnummer	
	Mariestad		2251965.1	
Skadelidande	Namn		Personnummer	
	Adress	Post nr.	Ort	
	E-mail		Telefon (8.30-16.00)	
Ersättning utbetalas till	Namn			
	Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl. clearingnr <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro 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 kroppsdel (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 sjuksskriven <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>	Har du ordinerats sängläge? <input type="checkbox"/> Ja Nej <input type="checkbox"/>		

