



# 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

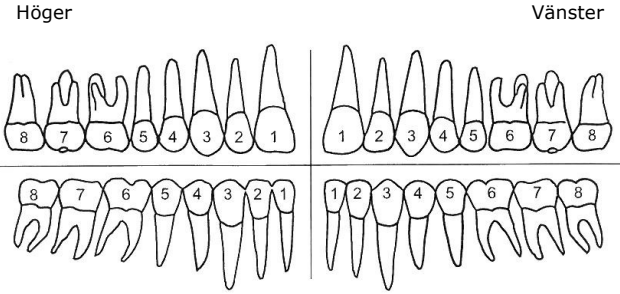
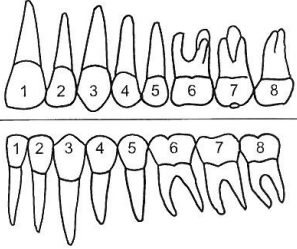
## Skadeanmälan skickas till:

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)

<b>Försäkringstagare</b>	Kommun Vetlanda	Skola, institution, övrig verksamhet	Försäkringsnummer 2252210.1	
<b>Skadelidande</b>	Namn		Personnummer	
	Adress	Post nr.	Ort	
<b>Målsman/ förmyndare</b>	Namn		Telefon (8.30-16.00)	
	Adress, om annan än skadelidande		E-mail	
<b>Ersättning utbetalas till</b>	Namn			
	Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl. clearingnr. <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Kontonr.		
<b>Skadetillfället</b>	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? _____ _____			
<b>Kroppsskada</b>	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"/>	

<b>Skada på glasögon</b>	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. _____			
<b>Skada på kläder</b>	Skadade kläder	Inköpsår	Inköpspris	Inköpspris i dag
<b>Tandskada</b>	Markera nedan vilka tänder som skadats. Glöm inte att kryssa i mjölkttänder/permanenta tänder.			
	<input type="checkbox"/> Mjölktänder <input type="checkbox"/> Permanenta tänder	<p>Höger</p> 	<p>Vänster</p> 	
Ange tanddiagnos. (Ex concussio dentis 1+1)				
<b>Andra försäkringar</b>	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. _____			
<b>Övriga upplysningar</b>	_____ _____			
<b>Försäkran</b>	Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är införstådd med att oriktiga uppgifter kan medföra bortfall eller nedsättning av ersättning.			
<b>Fullmakt</b>	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.			
<b>Underskrift</b>	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.