



# GJENSIDIGE

Gjensidige Forsikring  
P.O. Box 3031  
SE-103 61, Stockholm  
ORG-nr: 516405-3406  
Tlf. +46 (0)771 326 326  
Fax +46 (0)8 753 61 71  
info@gjensidige.se  
www.gjensidige.se

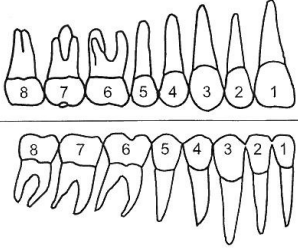
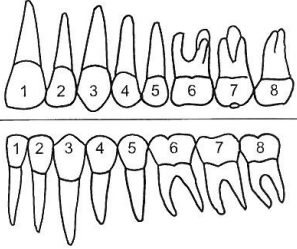
## Skadeanmälan skickas till:

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>             | Försäkringsnummer   | Kommun   |  |   |
|                                      |   | Karlskrona kommun  |  |   |
| <b>Skadelidande</b>                  | Namn  |  | Personnummer   |   |
|                                      | Adress  | Post nr.   | Ort  |   |
| <b>Målsman/<br/>förmyndare</b>       | Namn  |  | Telefon (8.30-16.00)   |   |
|                                      | Adress, om annan än skadelidande  |  | E-mail   |   |
| <b>Ersättning<br/>utbetalas till</b> | Namn  |  |  |   |
|                                      | Bankens namn  | <input type="checkbox"/> Bankkonto inkl. clearingnr<br><input type="checkbox"/> Bankgiro<br><input type="checkbox"/> Plusgiro<br>Kontonr.: |  |   |
| <b>Skadetillfället</b>               | Skadedatum och klockslag  | Plats  |  |   |
|                                      | Inträffade olycksfallet på din fritid<br><input type="checkbox"/> Ja                      Nej <input type="checkbox"/>  | Inträffade olycksfallet på skol-/verksamhetstid<br><input type="checkbox"/> Ja                      Nej <input type="checkbox"/>           |  |   |
|                                      | Är skadan polisanmäld<br><input type="checkbox"/> Ja                      Nej <input type="checkbox"/>  | Vilket polisekontor  |  |   |
|                                      | Var du vid skadetillfället påverkad av alkohol,<br>medicin, eller annat rusningsmedel?<br><input type="checkbox"/> Ja                      Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, vad och hur mycket?   |  |   |
|                                      | Beskriv omständigheterna kring orsaken till skadan.<br>_____<br>_____   |  |  |   |
|                                      |   |  |  |   |
| <b>Kroppsskada</b>                   | Vilken kroppsskada har inträffat.   |  |  |   |
|                                      | När och var anlätades läkare. Om läkarintyg finns vv 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 ni fortfarande på<br>behandling?<br><input type="checkbox"/> Ja                      Nej <input type="checkbox"/> |
|                                      | Har ni blivit sjuksskriven<br><input type="checkbox"/> Ja                      Nej <input type="checkbox"/>   |  | Har ni ordinerats sängläge?<br><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.<br>Pris för båge, motsvarande modell och kvalite som den skadade: kr. _____<br>Pris för glas, motsvarande modell och kvalite 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<br><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)  |  |                           |   |
| <b>Andra försäkringar</b>  | Har du olycksfallsförsäkring i annat försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Bolag _____                                      |  |                           |   |
|                            | Försäkrings-/skadenr _____   |  |                           |   |
| <b>Övriga upplysningar</b> | Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Bolag _____  |  |                           |   |
|                            | Skadenr. _____   |  |                           |   |
| <b>Försäkran</b>           | Jag försäkrar att lämnande uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är införstodd 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.