

Skadeanmeldelse

Du bedes venligst udfylde samtlige felter i skadeanmeldelsen og fremsende original dokumentation – først når vi har modtaget alle oplysninger, kan sagsbehandlingen påbegyndes.

Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver.

1. Personlige oplysninger

| | | |
|---|----------|--------------------|
| Policenr., billetnr. eller fakturanr.: | | |
| Navn på virksomhed (hvis erhvervsforsikring): | | |
| Navn: | | |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| Land: | CPR-nr.: | Telefon-/mobilnr.: |
| E-mail: | | |

2. Bankoplysninger (Skal udfyldes)

| | |
|---|-----------------------|
| Hvilken bankkonto ønskes beløbet overført til: Privat <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> | |
| Reg.nr.: | Kontonr.: |
| Ved overførsel til udenlandsk bank: | |
| SWIFT code/BIC code: | IBAN no./Account no.: |
| Fuldstændigt navn på kontoejer: | |

3. Anden forsikring

(Skal udfyldes i henhold til forsikringsaftaleloven § 44 om dobbeltforsikringsforholdet)

| | | |
|--|------------|---|
| Indboselskab: | Policenr.: | Har ingen indboforsikring <input type="checkbox"/> |
| Er skaden anmeldt til dit indboselskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| I tilfælde af ulykke angiv da venligst i hvilket selskab, du eventuelt har tegnet anden ulykkesforsikring: | | |
| Er skaden anmeldt til din ulykkesforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |

7. Sygdom/Tilskadecomst/Ulykke

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| 1. Konsultation (dag/måned/år): | Hospitalsophold (fra dato /til dato): | Raskmelding (dag/måned/år): |
| Har du tidligere haft den samme sygdom/de samme symptomer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Hvis ja, hvornår har du sidst været til lægen/tandlægen (dag/måned/år)? | Kontaktoplysninger til din læge/tandlæge: | |
| Er du i besiddelse af det Blå EU-sygesikringkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja, blev det fremvist til læge/hospital? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

8. Udgifter (vedlæg venligst originale bilag)

| Udgift (læge, medicin, transport mv.): | Udgifter (lokal valuta): | Udgifter (DKK): | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|--|--------------------------|-----------------|---|
| | | | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| | | | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| | | | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| | | | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| | | | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| | | | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| | | | Har du betalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Total | | | |

9. Underskrift

| | |
|---|-------------------------|
| <p>Jeg giver hermed samtykke til,</p> <ul style="list-style-type: none"> • at Gjensidige Forsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Gjensidige Forsikring finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling • at dem Gjensidige Forsikring indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Gjensidige Forsikring har anmodet om <p>Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner • Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring • Forsikringsselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen • Min arbejdsgiver (kun udveksling af visse oplysninger) <p>Hvilke oplysninger kan udveksles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet • Oplysninger om sociale, økonomiske og lignende forhold • Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikrings sag • Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold <p>Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Gjensidige Forsikring har taget stilling til mit krav.</p> <p>Tidsbegrænsning, underretning mv. Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.</p> <p>Jeg får besked hver gang Gjensidige Forsikring indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.</p> | |
| Dato: | Underskrift og CPR-nr.: |