

## SKADEANMÄLAN

### Dödsfall

#### Grunduppgifter försäkrad

Avlidnes/försäkrads för- och efternamn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Ortnamn	Datum för dödsfallet (År/Mån/Dag)

#### Kontaktuppgifter dödsbo

Dödsboföreträdares för- och efternamn		Personnummer
Adress		Telefon dagtid
Postnummer	Ortnamn	Mobil
Samhörighet med den avlidne		E-postadress

#### Dödsorsak

Dödsfall på grund av olycksfall – Beskriv kortfattat vad som inträffat:

Dödsfall på grund av sjukdom – ange vilken sjukdom:

Dödsfall av annan orsak – ange vilken

#### Vilka vårdinrättningar har den avlidne besökt med anledning av dödsorsaken?

Vårdinrättningens namn		Vårdinrättningens namn	
Adress		Adress	
Postnummer	Ortnamn	Postnummer	Ortnamn

#### Uppgifter om tidigare sjukdom/skada

Har den avlidne tidigare lidit av liknande sjukdom/skada

Ja  Nej  Vet inte Om Ja, när (År/Mån/Dag)

Om ja, vilken sjukdom/skada?

#### Vilka vårdinrättningar anlätades då?

Vårdinrättningens namn		Vårdinrättningens namn	
Adress		Adress	
Postnummer	Ortnamn	Postnummer	Ortnamn

#### Uppgifter om Vårdcentral/Företagshälsovård

Vilken vårdcentral eller företagshälsovård tillhörde den avlidne? (Namn och Ort)

## Övrig information

Ev. kompletterande upplysningar

## Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan:

- Kopia på dödsfallsintyg
- Dödsorsaksintyg, journalkopior eller liknade dokument som visar dödsorsaken och eventuell sjukdomsdebut

### Jag medger att lånegivaren får lämna den information som Gjensidige behöver för att handlägga detta ersättningsanspråk.

Som företrädare för dödsboet lämnas samtycke till att läkare eller annan sjukvårdspersonal eller sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, myndighet eller annan försäkringsinrättning får lämna Gjensidige de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som Gjensidige anser sig behöva för att handlägga detta ersättningsanspråk.

## Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Underskrift dödsboföreträdaren
Telefonnummer	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Gjensidige Försäkring, Scanning, Box 4430, 203 15 Malmö eller via e-post [specialskador@gjensidige.se](mailto:specialskador@gjensidige.se)

Telefon 0771-326 321