

Ersättningsanspråk Sjukvårdsförsäkring

Bifoga kvitto.

Skade/försäkringsnummer

Personuppgifter - Anmälan

Namn		Personnummer (år, mån, dag & nr)	
Utdelningsadress (gata, box, e.d.)			
Postnummer	Ortnamn		E-postadress
Telefon arbete (inkl. riktnr)		Telefon mobil	
Anledning till läkarbesöket/behandlingen/undersökningen		Är besöket godkänt av vår vårdplanering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Namn och adress på den vårdgivare besöket avser			
Har du tidigare haft liknande sjukdom/besvär/symtom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hur länge? (fr.o.m. - t.o.m.)	
Övrig information			

Betalning till försäkrad

Bank	Clearing- och kontonummer
Ange plusgiro, bankgiro eller personkonto	Namn på kontohavare

Försäkrads underskrift

Jag försäkrar härmed, att av mig lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

Information om behandling av personuppgifter

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att Gjensidige ska kunna handlägga ditt skadeärende. Du kan läsa mer om hur Gjensidige behandlar personuppgifter på www.gjensidige.se/gdpr

Ortnamn	Datum	Namnteckning
---------	-------	--------------

Alla handlingar skickas till:
Certico
Sofierogatan 3D
412 51 Göteborg
faktura@certico.se

Utlägg, resor

Datum	Ersättning avser	Notering	Belopp kr
Datum	Ersättning avser	Notering	Belopp kr
Datum	Ersättning avser	Notering	Belopp kr
Datum	Ersättning avser	Notering	Belopp kr
			Totalt belopp kr

Resor - egen bil

Datum	Resväg (från -till)	Antal mil	Belopp kr
Datum	Resväg (från -till)	Antal mil	Belopp kr
Datum	Resväg (från -till)	Antal mil	Belopp kr
Datum	Resväg (från -till)	Antal mil	Belopp kr
			Totalt belopp kr

Utlägg, övrigt

Datum	Beskrivning	Notering	Belopp kr
Datum	Beskrivning	Notering	Belopp kr
Datum	Beskrivning	Notering	Belopp kr
Datum	Beskrivning	Notering	Belopp kr
			Totalt belopp kr