

# Skadeanmälan

## Hel arbetsförmåga

**Insändes till:**

Gjensidige Försäkring  
Box 3031  
103 61 Stockholm

Telefon 0771-326 322  
Fax 08-792 29 10  
E-post [specialsador@gjensidige.se](mailto:specialsador@gjensidige.se)

**1. Grunduppgifter**

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	E-post	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Telefon dagtid	Mobil

**2. Bankuppgifter**

Clearing nummer	Kontonummer
-----------------	-------------

**3. Sjukdom/ Olycksfall**

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	Fr o m vilket datum blev du 100 % sjukskriven?
Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen/olyckan?	Läkarens namn och kontaktuppgifter:
Är du fortfarande sjukskriven? Ja, till och med:	Nej, friskskriven från och med:
Anmäld till försäkringskassan i (ange Ortsnamn)	
Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande?	
Vid sjukskrivning till följd av olycka, vänligen beskriv var olyckan inträffade och vad det var som hände	

**4. Uppllysningar**

Uppbar du innan sjukdomen/olycksfallet, någon form av sjukpenning eller sjukersättning? Ja, orsak: Nej	Har du uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/ olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? Ja Nej
---	--

**5. Bilagor**

Följande ska bifogas med skadeanmälan: - Sjukskrivningsintyg - Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier
---

**6. Underskrift**

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.	
Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande

# Ofrivillig arbetslöshet Skadeanmälan

## Insändes till:

Gjensidige Försäkring  
Box 3031  
103 61 Stockholm

Telefon 0771-326 322, Fax 08-792 29 10  
E-post [specialsador@gjensidige.se](mailto:specialsador@gjensidige.se)

### 1. Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	E-post	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Telefon dagtid	Mobil

### 2. Bankuppgifter

Clearing nummer	Kontonummer
-----------------	-------------

### 3. Ofrivillig arbetslöshet

Vilket datum påbörjades din senaste anställning?	Vilket datum fick du besked om att din anställning skulle upphöra?
Vilket datum upphörde anställningen?	Vilket datum fick du din sista löneutbetalning?
Hur många timmar per vecka omfattade din senaste anställning?	Var du tillsvidareanställd? Ja                      Nej, anställningsform: _____
Arbetsgivarens namn och telefonnummer till kontaktperson hos arbetsgivaren:	Vad var anledningen till att din anställning upphörde?
Är du fortfarande 100 % arbetslös?	Är/Var du inskriven på arbetsförmedlingen under tiden som du är/var arbetslös? Ja                      Nej

### 4. Upplysningar

Ev. kompletterande upplysningar

### 5. Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan:
<ul style="list-style-type: none"><li>- Kopia på Arbetsgivarintyg där anledning till uppsägning framgår</li><li>- Intyg från Arbetsförmedlingen om inskrivning som aktivt arbetssökande</li><li>- Kopia på utbetalningsavier från erkänd arbetslöshetskassa</li></ul>

### 6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.	
Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande