



GJENSIDIGE BANK – BETALINGSFORSIKRING

Skade-/refusjonsskjema

Informasjon om forsikrede

ID-/Kundenummer:	
Navn:	Født dato:
Adresse:	Postnr/sted:
Telefon (dagtid):	E-post:

SYKDOM

Årsak til sykmelding	
Hvilken dato ble du sykmeldt?	Dato du kontaktet lege første gang i forbindelse med disse symptome?
Har du vært sykmeldt for samme diagnose tidligere? JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	Hvis JA, fra hvilken dato og til når var dette?
Er du framdeles sykmeldt? <input type="checkbox"/> JA (angi til hvilken dato) _____ <input type="checkbox"/> NEI (angi dato for friskmelding) _____	
Har du tidligere fått betalingsfritak hos Gjensidige for det samme sykdomstilfellet? JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	

Tilleggsopplysninger

--

Personopplysninger

Forsikringselskapet vil behandle personopplysninger som angår forsikredes helse ihht. personopplysningsloven (2000-04-14-31). Formålet med behandlingen er fullføring av selskapets avtalemessige forpliktelser overfor forsikrede. Personopplysningene kan bli behandlet av andre selskaper som forsikringsgiveren samarbeider med for å kunne utføre oppdraget forsikringsgiveren har fra den forsikrede.

Underskrift og fullmakt

Jeg gir herved Crawford & Company fullmakt til å innhente og behandle de opplysninger som er nødvendige for forsikringselskapets utredning av forsikringstilfellet, beregning av ansvar og utbetaling av erstatning.

Jeg er inneforstått med at jeg ved å gi uriktige opplysninger kan miste retten til ethvert erstatningskrav mot forsikringselskapet (jfr. Forsikringsavtaleloven §§ 8-1 og 18-1).

Sted/dato	Underskrift forsikrede
-----------	------------------------

Vedlegg til skademeldingen:

- Kopi av del B på sykmelding for hele perioden du har vært sykmeldt

Send skademeldingsskjema til:

Gjensidige

v/ Crawford & Company

Postboks 133

1300 Sandvika

Telefon: 67 55 25 00

E-post: gjensidigebank@crowco.no