



## GJENSIDIGE BANK – BETALINGSFORSIKRING

Skade-/refusjonsskjema

### Informasjon om forsikrede

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

### Kritisk Sykdom

Navn på sykdommen (diagnose):	Når merket du de første symptomene?
Når oppsøkte du lege første gang?	Dato for første legebehandling:
Dato for fastsatt diagnose:	Navn på fastlege:
Har du vært sykemeldt for samme diagnose tidligere? JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	Hvis JA, fra hvilken dato og til når var dette?

### Personopplysninger

Forsikringselskapet vil behandle personopplysninger som angår forsikredes helse iht. 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

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

### Vedlegg til skademeldingsskjemaet

- Kopi av bekreftet diagnose fra fastlege/sykehus med dato

### Send dette skademeldingsskjemaet til:

Gjensidige Bank  
v/ Crawford & Company  
Postboks 133,  
1300 Sandvika  
Telefon: 67 55 25 00  
E-post: [company@crawco.no](mailto:company@crawco.no)