

1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn		Gruppavtalsnummer SBM 10139
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post adress	Telefonnummer (även riktnr)	

2. Anmälan avser Gruppmedlem medförsäkrad/familjemedlem i bilen (obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post adress	Telefonnummer (även riktnr)	
Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylles endast om anmälan avser medföljande familjemedlem i bilen)		Personnummer

3. Besvaras vi olycksfall

1. När inträffade olycksfallet (datum)?	Klockslag				
2. Olycksfallet inträffade <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På fritid <input type="checkbox"/> I bilolycka med medlems bil					
3. Beskriv <u>utförligt</u> hur olycksfallet gick till (ange även ort, plats samt övriga omständigheter).					
4. Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?					
5. När anlätades läkare (datum)?	Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort				
6. Vem behandlar Dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?					
6 b. Har du fått en remiss, som avser skada från olyckan, av behandlande läkare? (en remiss för vilken åtgärd, vid JA kontakta skadehandläggaren och bilägg remissen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
7. Har Du varit inlagt på sjukhus?	Om "Ja", vilket?	Fr o m	T o m		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
8a. Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
8b. Anlätades läkare då?	Om "Ja", ange vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
9. Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
10a. Beror Dina besvär på skadlig inverkan i arbetet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
10b. Är dessa besvär anmälda som arbetsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
11. Har Du har varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)?					
<input type="checkbox"/> Helt	Fr o m	T o m	Fr o m	T o m	
<input type="checkbox"/> Till hälften	Fr o m	T o m	Till trefjärdedelar	T o m	Fr o m
<input type="checkbox"/> Till hälften			Till enfjärdedel		

12. Är Du fullt arbetsför nu Om "ja", sedan när (datum)?

 ja Nej

13. Ange Din månadslön i kr vid insjuknandedagen?

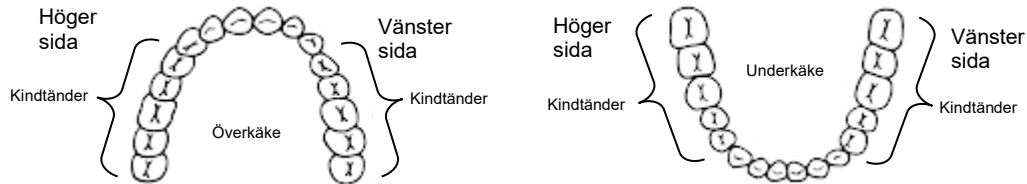
14. Är Du återställt/friskförklarad Om "ja", sedan när (datum)?

 ja Nej

4. Besvaras vid tandskada

Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på vilka tänder som blivit skadade



5. Uppgifter om dubbförsäkring (obligatoriska uppgifter)

1a. Finns försäkring i annat bolag?

Om "Ja", vilket bolag och försäkringsnummer?

 ja Nej

1b. Har skadan anmälts dit?

 ja Nej

6. Ersättningsanspråk

Var vänlig och specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning

Specifikation av anspråk

1.	Summa
2.	Summa
3.	Summa
4.	Summa
	Total summa

7. Viktig information gällande ersättningsanspråk

Utgifterna ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet. Närmare information finns hos er vårdgivare.

8. Underskrift av försäkrad * Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

* Vidare medger jag att de uppgifter som lämnats om mitt hälsotillstånd, personuppgifter samt riskbedömning- och skaderegleringsresultat får registreras i bolagets dataregister.

* Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.

* Jag är medveten om att ersättning som utbetalas till mig från olycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande).

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Personnummer

9. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 2016/679).

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivaren koncernen, samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU-och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringsbolaget har rätt att registrera anmälda skador med anledning av detta försäkringsavtal i ett skadeanmälningsregister som är gemensamt för försäkringsbranschen.

Blanketten skickas till: Sedgwick Sweden AB, Box 1141, 171 22 SOLNA