

1. Uppgifter om gruppföreträdare

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

2. Uppgifter om gruppmedlem och försäkrat barn

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post adress	Telefonnummer (även riktnr)	
Försäkrat barns förnamn och efternamn	Personnummer	
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Nej", ange vem som är barnets biologiska förälder?	

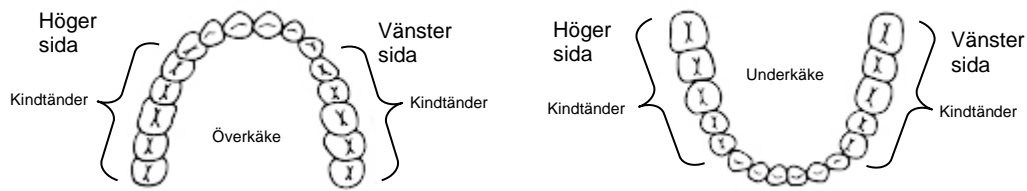
3. Besvaras vi olycksfall

1. När inträffade olycksfallet (datum)?	Klockslag		
2. Olycksfallet inträffade	<input type="checkbox"/> I skolan <input type="checkbox"/> På fritid <input type="checkbox"/> På väg till/från skolan/fritidshemmet/daghemmet <input type="checkbox"/> I arbetet eller på väg till/från arbetet		
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)?	Läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort		
6. Vem behandlar barnet nu (vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort)?			
7. Har barnet varit inlagt på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket?	Fr.o.m.	T o m
8. Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc.)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
9a. Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?		
9b. Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", namn och ort till läkare/sjukhus/klinik?		
9c. Har Du har varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
10. Är barnet återställd/friskförklarad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", sedan när?		

4. Besvaras vid tandskada

Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på vilka tänder som blivit skadade

 Mjölktänder Permanenta tänder

5. Besvaras vid sjukdom

1. Sjukdomens namn (diagnos)?

2. När märktes de första symptomen (datum)?

3. När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom (datum)?

Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort

4. Har barnet varit inlagt på sjukhus?

Om "Ja", vilket?

Fr.o.m.

T o m

 Ja Nej

5. Vilken barnvårdcentral eller skolsköterska tillhör/tillhörde barnet?

6a. Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?

Om "Ja", när (datum)?

 Ja Nej

6b. Anlätades läkare då?

Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

 Ja Nej

7. Vem behandlar barnet nu (vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

8. Har barnet fått någon medicinsk behandling?

Om "Ja", vilken/vilka?

 Ja Nej

9. Hur är barnets nuvarande tillstånd?

Om "Återställt", sedan när (datum)?

 Ej återställt Återställt

10a. Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?

Om "Ja", när söktes vårdbidraget (datum)?

 Ja Nej

10b. Hur stort vårdbidrag beviljades?

För vilken tidsperiod

Fr.o.m.

T o m

 Ja Nej

11. Är barnet ett adoptivbarn?

Om "Ja" när kom barnet till Sverige (år)

Ifrån vilket land?

 Ja Nej

12. Är barnet återställt/friskförklarat?

Om "Ja" sedan när?

 Ja Nej

6. 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

7. 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

8. 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.

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

* Jag medger att de uppgifter som lämnats om mitt hälsotillstånd, personuppgifter, samt riskbedömning- och skaderegleringsresultatet 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

10. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 9 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