

1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn	Gruppavtalsnummer	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post adress	Telefonnummer (även riktnr)	
Är företaget redovisningsskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är företaget ett enmansföretag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

2. Uppgifter om den försäkrade (obligatoriska uppgifter)

Den försäkrades förnamn och efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post adress	Yrke/Sysselsättning	Telefonnummer (även riktnr)

3. Uppgifter om företagets fasta utgifter

Hyror/arendekostnader	Företagets fasta månadskostnader	Kr
Övriga fasta lokalkostnader		kr
Kontors-, bokförings- och försäkringskostnader		kr
Fasta el- och telefonkostnader		kr
Avskrivningar enligt plan och räntor		kr
Fasta fordonskostnader		kr
Kontrakterade leasingkostnader		kr
Övriga fasta kostnader enligt kontrakt		kr
Total summa:		kr

4. Uppgifter om arbetsoförmåga Sjukdom olycksfall

1. Arbetsoförmåga/sjukskriven sedan (datum)?
2. Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?
3. Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till (ange datum, ort, plats samt övriga omständigheter).

4. När märktes de första symptomen för sjukdomen (datum)?

5. När anlätades läkare första gången (datum)?

Vårdcentral/sjukhusets/klini­kens namn och ort

6. Har Du varit inlagt på sjukhus? Om "Ja", vilket? Fr.o.m. T o m

Ja Nej

7a. Har Du tidigare lidit av liknande sjukdom? Om "Ja", när (datum)?

Ja Nej

7b. Anlätades läkare Om "Ja", ange läka­rens/sjukhusets/klini­kens namn och ort

Ja Nej

8. Vem behandlar Dig nu (vårdcentral/sjukhusets/klini­kens namn och ort)?

9. Har Du ersättning för vårdbidrag, sjukbidrag eller pension? Om "Ja", sedan när (datum)?

Ja Nej

10. Vilken vårdcentral/husläkare tillhör Du (namn och ort)?

5. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

1a. Finns försäkring i annat bolag? Om "Ja", vilket bolag och försäkringsnummer?

ja Nej

1b. Har skadan anmälts dit?

ja Nej

6. Uppgifter om sjukskrivningsperioder som sjukdomen/olycksfallet föranlett

1. Ange sjukskrivningsperioder			
Fr.o.m.	T o m	Omfattning	%
Fr.o.m.	T o m	Omfattning	%
Fr.o.m.	T o m	Omfattning	%

2. Är Du idag fullt arbetsför? Om "Ja", sedan när (datum)?

Ja Nej

7. Viktigt! Bifoga till denna ansökan

- * Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan.
- * Datautskrift från Försäkringskassan som visar all Din sjukhistorik (beställ 030-bild, 036-bild och ÄHS-journal från försäkringskassan).

8. 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.

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