

### 1. Uppgifter om gruppföreträdare

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

### 2. Anmälan avser Gruppmedlem medförsäkrad (obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer (inkl riktnr)	
Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	

### 3. Uppgifter om sjukdom

1. Sjukdomens namn (diagnos)?		
2. När märktes de första symptomen (datum)?		
3. När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom (datum)?		
4. När fastställdes diagnosen (datum)?		
Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort		
5. Har Du varit inlagt på sjukhus?	Om "Ja", vilket?	Fr o m T o m
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
6. Vilken vårdcentral tillhör/tillhörde Du?		
7a. Har Du tidigare lidit av liknande sjukdom?	Om "Ja", när (datum)?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
7b. Anlätades läkare då?	Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
8. Vem behandlar Dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?		
9. Har Du fått någon medicinsk behandling?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilken/vilka?	

10. Har Du har varit sjukskriven p.g.a. sjukdomen (läkarintyg måste bifogas)?

<input type="checkbox"/> Helt	Fr.o.m.	T o m	<input type="checkbox"/> Till trejärdedelar	Fr.o.m.	T o m
<input type="checkbox"/> Till hälften	Fr.o.m.	T o m	<input type="checkbox"/> Till en fjärdedel	T o m	Fr.o.m.

11. Ditt nuvarande hälsotillstånd. Är Du helt återställd? Om "ja", sedan när (datum)?

ja  Nej

**4. 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

**5. Viktigt! Bifoga till denna ansökan**

- \* När Du söker ersättning från Kritisk Sjukdom, bifoga kopia av läkarjournal gällande denna sjukdom.
- \* Uppbär Du sjukersättning, bifoga kopia av Försäkringskassans föredragnings PM samt beslutsmeddelande.

**6. 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

**Information om behandling av personuppgifter**

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att Nordeuropa genom Sedgwick ska kunna handlägga ditt skadeärende. Du kan läsa mer om hur Nordeuropa behandlar personuppgifter på [www.nordeuropa.se/integritetspolicy](http://www.nordeuropa.se/integritetspolicy)

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

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