

1. Uppgifter om gruppföreträdare

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

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

| | | |
|---|-----------------------------|--------------|
| Gruppmedlemmens förnamn och efternamn | | Personnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer | Ort |
| E-post | Telefonnummer (inkl 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. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På fritid <input type="checkbox"/> I bilolycka med medlems bil | |
| 3. Beskriv detaljerat 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) | |
| 7. Har Du varit inlagt på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", vilket? Fr o m T o m |
| 8a. 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? |
| 8b. Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", ange vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort |
| 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 varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)? | |
| <input type="checkbox"/> Helt | Fr o m T o m |
| <input type="checkbox"/> Till hälften | Fr o m T o m |
| <input type="checkbox"/> Till tre fjärdedelar | Fr o m T o m |
| <input type="checkbox"/> Till en fjärdedel | Fr o m T o m |

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

 ja Nej

13. Ange Din månadslön i kr vid insjuknandedagen?

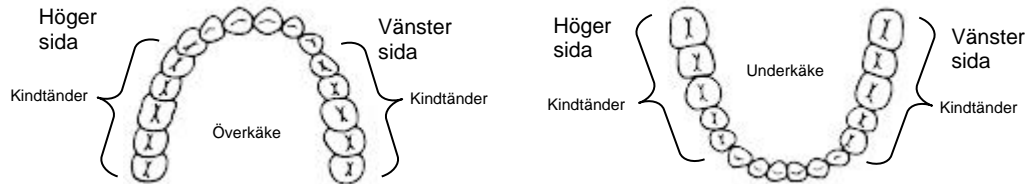
14. Är Du återställt/friskförklarad Om "ja", sedan när (datum)?

 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 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. 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 |
|---------------|-------------|-------------------|--------------|
| | | | |

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

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