

1. Företaget

| | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------|
| Företagets namn | | Gruppavtalsnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer | Ort |
| E-post | Telefonnummer (inkl riktnr) | |

2. Anmälan avser

(obligatoriska uppgifter)

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

3. Uppgifter om arbetsförmåga Sjukdom olycksfall Dödsfall

1. Arbetsförmåga/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

5a. Har Du tidigare lidit av liknande sjukdom? Ja Nej Om "Ja", när (datum)?

5b. Anlätades läkare Ja Nej Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

6. Vem behandlar Dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

7a. Har Du någon annan typ av ersättning än sjukpenning? Ja Nej Om "Ja", sedan när (datum)?

7b. Om "Ja", vilken typ av ersättning? Tidsbegränsad sjukersättning Sjukersättning Aktivitetsersättning Arbetsskadelivränta

4. Uppgifter om sjukskrivningsperioder som sjukdomen/olycksfallet föranlett

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

| | |
|--|--|
| 2. Är Du idag fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", sedan när (datum)? |
| 3. Var Du arbetsförmögen mer än 14 dagar i följd någon gång under de 12 månaderna närmast före den sjukskrivning som Du har anmält här? (Detta har eventuell betydelse för karensförkortning.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", under vilken period? Fr o m T o m |

5. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

| | |
|---|------------------------|
| 1a. Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", vilket bolag? |
| 1b. Har skadan anmälts ditt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

6. Viktigt! Bifoga till denna ansökan

- * Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan.
- * Ev. dödsfallsintyg
- * Datautskrift från Försäkringskassan som visar all Din sjukhistorik (beställ en 036-bild från försäkringskassan).
- * Kopia av samtliga beslut om tidsbegränsad sjukersättning (sjukbidrag), aktivitetsersättning eller sjukersättning (förtidspension) som Du har fått från Försäkringskassan.
- * Kopia av den föredragningspromemoria som ligger till grund för Försäkringskassans beslut.

7. 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

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