

1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn	Gruppavtalsnummer	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer (inkl 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	Yrke/Sysselsättning	Telefonnummer (inkl 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 arbetsförmåga Sjukdom olycksfall

1. Arbetsförmåga/sjukskriven sedan (datum)?
2. Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?
3. Beskriv detaljerat 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/kliniakens 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/kliniakens namn och ort

Ja Nej

8. Vem behandlar Dig nu (vårdcentral/sjukhusets/kliniakens 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 dubbförsäkring (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	%

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

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