

1. 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)	
Huvudförsäkrades förnamn och efternamn (endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	

3. Uppgifter om avtalade sjukförmåner

1. Hur var Du anställd vid sjukskrivningens början (yrkesverksamhet)?
 Statligt anställd Kommunal eller landstingstjänst Privat tjänst Egen företagare Arbetslös, fr o m:

2. Är Du ITP- eller AGS-försäkrad*? (Vid eventuella frågor vänd Dig till arbetsgivaren.) Om "Ja", är Du berättigad till ersättning därifrån?
 Ja, ITP Ja, AGS Nej Ja Nej

* ITP = tilläggspension för tjänstemän * AGS = avtalsgruppsjukförsäkring för arbetare/tjänstemän

4. Uppgifter om arbetsoförmåga Sjukdom olycksfall

1. Arbetsoförmåga/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/klinikens namn och ort

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

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

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

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

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

8. Ange Din månadslön i kr vid insjuknandedagen (den som anmälts till Försäkringskassan)?

5. 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

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 karenstörkortning.) Om "Ja", under vilken period? Fr o m T o m
 Ja Nej

6. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

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

1b. Har skadan anmälts dit?
 Ja Nej

7. Viktigt! Bifoga till denna ansökan

- * Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan.
- * 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.

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