

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)	
Civilstånd	Sedan datum	
<input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Gift/sambo/Registrerad partner		
Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	
Har den sökande barn under 17 år?	Om "Ja", ange personnummer?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

3. Uppgifter om arbetsförmåga Sjukdom olycksfall

1. Arbetsförmåga till minst 50 % sedan (datum)?		
2. Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?		
3. När märktes de första symtomen (datum)?		
4. När anlätades läkare första gången (datum)?		
Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort		
5. Typ av beviljad ersättning:		
<input type="checkbox"/> a. Tidsbegränsad sjukersättning har beviljats fr o m (datum):		
<input type="checkbox"/> b. Aktivitetsersättning har beviljats fr o m (datum):		
<input type="checkbox"/> c. Sjukersättning har beviljats fr o m (datum):		
6. Sjukperiod innan Du blev beviljad tidsbegränsad-, aktivitets- eller sjukersättning?	Fr o m	T o m
7. Har Du anlitat sjukvårdspersonal t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om "Ja", ange namn, adress och telefonnummer		

4. Uppgifter om dubbförsäkring (obligatoriska uppgifter)

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

5. 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.

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

7. Uppgifter från gruppföreträdare/mäklare (nedanstående uppgifter ska endast självadministrerande avtal fylla i)

Nuvarande omfattning	Ursprungligt anslutningsdatum		Försäkringsbelopp		Anslutning (HD,fullt arbetsför)		Månadspremie	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Dödsfallskapital								
Enkelt sjukkapital (Förtidskapital)								
Dubbelt sjukkapital (Förtidskapital)								
Kritisk sjukdom								
Olycksfall Vuxen								
Sjuk och Olycksfall Vuxen								
Sjuk och Olycksfall Barn								

8. Underskrift av gruppföreträdare/mäklare

Ort och datum	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer
---------------	-------------	-------------------	--------------

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