

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

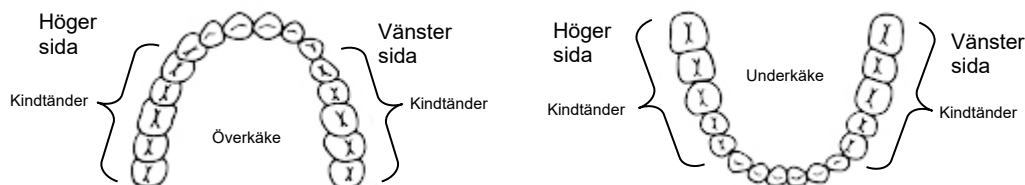
1. När inträffade olycksfallet (datum)?		Klockslag	
2. Var inträffade olycksfallet?			
☐ I arbetet ☐ På fritid ☐ I bilolycka med medlems bil			
3. Beskriv detaljerat hur olycksfallet gick till (ange även ort, plats samt övriga omständigheter).			
4. Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?			
5. När anlitades läkare (datum)?		Vårdcentral/sjukhusets/clinicens namn och ort	
6. Vem behandlar Dig nu (läkarens/sjukhusets/clinicens 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 inlagd på sjukhus?		Om "Ja", vilket?	Fr o m T o m
☐ Ja ☐ Nej			
8a. Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?		Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?	
☐ Ja ☐ Nej			
8b. Anlitades läkare då?		Om "Ja", ange vårdcentral/sjukhusets/clinicens namn och ort	
☐ Ja ☐ Nej			
9. Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc)?			
☐ Ja ☐ Nej			
10a. Beror Dina besvär på skadlig inverkan i arbetet			
☐ Ja ☐ Nej			
10b. Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?			
☐ Ja ☐ Nej			
11. Har Du har varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)?			
Fr o m T o m		Fr o m T o m	
☐ Helt		☐ Till tre fjärdedelar	
Fr o m T o m		T o m Fr o m	
☐ Till hälften		☐ Till en fjärdedel	

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