

1. Uppgifter om 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)	
Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	

3. Besvaras vi olycksfall

1. När inträffade olycksfallet (datum)?

2. Var inträffade olycksfallet
 I arbetet På fritid På väg till/från arbetet

3. Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till (ange även ort, plats samt övriga omständigheter).

4. Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?

5. När anlätades läkare (datum)? Vårdcentral/sjukhusets/kliniakens namn och ort

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

7. Har Du varit inlagt på sjukhus? Om "Ja", vilket? Fr o m T o m

Ja Nej

8a. Har skadad kroppsdela tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?

Ja Nej

8b. Anlätades läkare då? Om "Ja", ange vårdcentral/sjukhusets/kliniakens 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)?

<input type="checkbox"/> Helt Fr o m T o m	<input type="checkbox"/> Till tre fjärdedelar Fr o m T o m
<input type="checkbox"/> Till hälften Fr o m T o m	<input type="checkbox"/> Till en fjärdedel T o m Fr o m

12. Är Du fullt arbetsför nu Om "ja", sedan när (datum)?

ja Nej

13. Ange Din månadslön i kr vid insjuknandedagen?

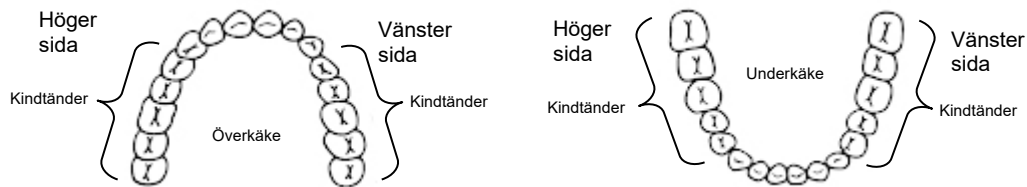
14. Är Du återställt/friskförklarad

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 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. 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