

## 1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn	Gruppavtalsnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer (inkl riktnr)	

## 2. Uppgifter om gruppmedlem och försäkrat barn

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer (inkl riktnr)	
Försäkrat barns förnamn och efternamn	Personnummer	
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Nej", ange vem som är barnets biologiska förälder?	

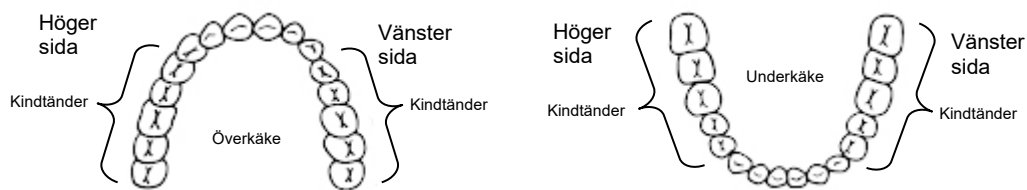
## 3. Besvaras vi olycksfall

1. När inträffade olycksfallet (datum)?	Klockslag		
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skolan <input type="checkbox"/> På fritid <input type="checkbox"/> På väg till/från skolan/fritidshemmet/daghemmet <input type="checkbox"/> I arbetet eller på väg till/från arbetet			
3. Beskriv detaljerat hur olycksfallet gick till (ange även ort, plats samt övriga omständigheter).			
4. Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?			
5. När anlätades läkare (datum)?	Läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort		
6. Vem behandlar barnet nu (vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort)?			
7. Har barnet varit inlagt på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket?	Fr.o.m.	T o m
8. Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc.)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
9a. Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?		
9b. Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", namn och ort till läkare/sjukhus/klinik?		
9c. Har Du har varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
10. Är barnet återställd/friskförklarad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", sedan när?		

## 4. Besvaras vid tandskada

Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på vilka tänder som blivit skadade

 Mjölk tänder Permanenta tänder

## 5. Besvaras vid sjukdom

1. Sjukdomens namn (diagnos)?

2. När märktes de första symptomen (datum)?

3. När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom (datum)?

Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort

4. Har barnet varit inlagt på sjukhus?

Om "Ja", vilket?

Fr.o.m.

T o m

 Ja  Nej

5. Vilken barnvårdcentral eller skolsköterska tillhör/tillhörde barnet?

6a. Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?

Om "Ja", när (datum)?

 Ja  Nej

6b. Anlätades läkare då?

Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

 Ja  Nej

7. Vem behandlar barnet nu (vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

8. Har barnet fått någon medicinsk behandling?

Om "Ja", vilken/vilka?

 Ja  Nej

9. Hur är barnets nuvarande tillstånd?

Om "Återställt", sedan när (datum)?

 Ej återställt  Återställt

10a. Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?

Om "Ja", när söktes vårdbidraget (datum)?

 Ja  Nej

10b. Hur stort vårdbidrag beviljades?

För vilken tidsperiod

Fr.o.m.

T o m

 Ja  Nej

11. Är barnet ett adoptivbarn?

Om "Ja" när kom barnet till Sverige (år)

Ifrån vilket land?

 Ja  Nej

12. Är barnet återställt/friskförklarat?

Om "Ja" sedan när?

 Ja  Nej

## 6. 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

## 7. 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

## 8. 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.

## 9. 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.

\* 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](http://www.nordeuropa.se/integritetspolicy)

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