

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 rikt nr)	
Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	

3. Besvaras vid olycksfall

1. När inträffade olycksfallet	Klockslag		
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På fritid <input type="checkbox"/> 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 Dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?			
7. Har Du varit inlagd på sjukhus?	Om "Ja", vilket?	Fr.o.m.	T o m
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
8a. Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Om "Ja", när (datum) och på vilket sätt?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
8b. Anlätades läkare då?	Om "Ja", ange vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
9. Befaras framtida invaliditet (nedsatt funktionsförmåga, ärr etc)?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
10a. Beror Dina besvär på skadlig inverkan i arbetet			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
10b. Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
11. Är du återställd/friskförklarad efter olycksfallet?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

12. 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.

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

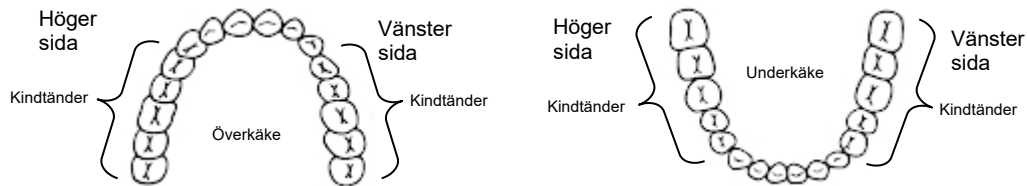
ja Nej

14. Ange Din månadslön i kr vid insjuknandedagen?

5. Besvaras vid tandskada

Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på vilka tänder som blivit skadade



6. Besvaras vi 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

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

Ja Nej

5. Vilken vårdcentral tillhör/tillhörde Du?

6a. Har Du 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 sköter Dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

8. Har Du fått någon medicinsk behandling? Om "Ja", vilken/vilka?

Ja Nej

9. Är du återställd/friskförklarad? Om "Återställd", sedan när (datum)?

Ej återställt Återställt

7. 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

8. 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

9. 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.

10. 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

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