

Uppgifter om gruppföreträdaren

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn		Gruppvavtalsnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer

Anmälan avser

☐ Gruppmedlem ☐ Medförsäkrad (obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer
Medförsäkrads förnamn och efternamn		Personnummer

Uppgifter om sjukdom

Diagnosens namn		När märktes de första symptomen?	
När anlätades läkare första gången för nu anmäls diagnos (ååmmdd)?		När fastställdes diagnosen (ååmmdd)?	
Sjukhusets/vårdcentralens/klinikens namn och ort			
Har du varit inlagd på sjukhus? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", vilket?	Från	Till
Vilken vårdcentral tillhör/tillhörde du?			
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom/diagnos? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", när fastställdes den sjukdomen/diagnosen (ååmmdd)?		
Anlätades läkare då? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort		
Vem behandlar dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?			
Har du fått någon medicinsk behandling? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", vilken/vilka?		
Har du varit sjukskriven p.g.a. diagnosen/sjukdomen (läkarintyg måste bifogas)?			
☐ 100 % Sjukskriven	Från	Till	☐ 75 % Sjukskriven Från Till
☐ 50 % Sjukskriven	Från	Till	☐ 25 % Sjukskriven Från Till
Ditt nuvarande hälsotillstånd, är du helt återställd? ☐ Ja ☐ Nej		Om "Ja", sedan när (ååmmdd)?	

Finns fler liknande försäkringar

Finns försäkring i annat bolag? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange vilket bolag och försäkringsnummer?
Har skadan anmälts dit? ☐ Ja ☐ Nej	

Viktig information

Följande måste bifogas till ansökan:

- Läkarjournal gällande denna sjukdom/diagnos
- Uppbär du sjukersättning, bifoga kopia av Försäkringskassans föredragnings PM samt beslutsmeddelande

Övriga upplysningar

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 skaderegleringsresultat får registreras i bolagets dataregister.

Ort och datum	Personnummer
Underskrift	Namnförtydligande

De uppgifter som du lämnar till försäkringsgivaren kommer att behandlas och arkiveras av försäkringsgivarens samt dess återförsäkrare i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (GDPR). Detta för fullgörande av ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Vidare kan uppgifterna komma att användas för att informera om försäkringsgivarens tjänster och produkter.

Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området. I de fall vi behöver lämna ut uppgifterna utanför EU/EES, d.v.s. i ett s.k. tredjeland, skyddas dina personuppgifter enligt de krav som gäller enligt dataskyddsförordningen, exempelvis genom användande av EU-kommissionens standardavtalsklausuler.

All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast vara tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att utföra sitt arbete. Uppgifterna kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål.

Läs mer på: www.writteninsurance.se/integritetspolicy

Blanketten skickas till:
Sedgwick Sweden AB
Box 1141
171 22 Solna