

### Uppgifter om gruppföreträdaren

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

### Uppgifter om gruppmedlemmen och försäkrat barn

|                                                            |            |               |
|------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| Gruppmedlemmens namn                                       |            | Personnummer  |
| Utdelningsadress                                           | Postnummer | Ort           |
| E-post                                                     |            | Telefonnummer |
| Medförsäkrads namn (fylls i om anmälan avser medförsäkrad) |            | Personnummer  |

### Besvaras vid olycksfall

|                                                                                                                                      |                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| När och var inträffade olycksfallet (ååmmdd)?                                                                                        |                          | Klockslag                                                                                               | <input type="checkbox"/> I arbetet<br><input type="checkbox"/> På fritiden<br><input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet |                |
| Beskriv händelseförloppet detaljerat (ange även ort, plats samt övriga omständigheter).                                              |                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                |
| Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?                                                                                         |                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                |
| När anlätades läkaren (ååmmdd)?                                                                                                      |                          | Sjukhus/vårdcentral/kliniens namn och ort                                                               |                                                                                                                                 |                |
| Vem behandlar dig nu (läkarens/sjukhusets/kliniens namn och ort)?                                                                    |                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                |
| Har du varit inlagd på sjukhus?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                          | Om "Ja", vilket sjukhus? |                                                                                                         | Från (ååmmdd)                                                                                                                   | Till (ååmmdd)  |
| Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej      |                          | Om "Ja", när (ååmmdd) och på vilket sätt?                                                               |                                                                                                                                 |                |
| Anlätades läkare då?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                     |                          | Om "Ja", ange sjukhus/vårdcentral/kliniens namn och ort                                                 |                                                                                                                                 |                |
| Befaras framtida invaliditet (ärr, nedsatt funktionsförmåga etc)?                                                                    |                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                |
| Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                         |                          | Är dessa besvär anmälda som en arbetsskada?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                                                                                                                 |                |
| Har du varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                |
| Är du återställd/friskförklarad efter olycksfallet?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                      |                          | Om "Ja", sedan när (ååmmdd)                                                                             |                                                                                                                                 |                |
| Har du varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)                                                              |                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                |
| <input type="checkbox"/> 100 % Sjukskriven                                                                                           | Från                     | Till                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 75 % Sjukskriven                                                                                       | Från      Till |
| <input type="checkbox"/> 50 % Sjukskriven                                                                                            | Från                     | Till                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 25 % Sjukskriven                                                                                       | Från      Till |

## Sjuktillägg till Olycksfallsförsäkring

Personnummer

|                                                                                              |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Är du fullt arbetsför nu?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej        | Om "Ja", sedan när (ååmmdd) |
| Är du återställd/friskförklarad?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", sedan när (ååmmdd) |
| Ange din månadslön i kronor vid insjuknandedagen                                             |                             |

### Besvaras vid tandskada

|                                                                                   |              |                                                                                   |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Vilken tandläkare har undersökt skadan och när (ååmmdd)?                          |              |                                                                                   |              |
| Vilka tänder har skadats?<br>Markera på bilden vilken/vilka tänder om skadats     |              |                                                                                   |              |
| Höger sida                                                                        | Vänster sida | Höger sida                                                                        | Vänster sida |
|  |              |  |              |
| Överkäke                                                                          |              | Underkäke                                                                         |              |

### Besvaras vid sjukdom

|                                                                                                                |                                                          |                                  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|------|
| Sjukdomen (diagnosens) namn?                                                                                   |                                                          | När märkets de första symptomen? |      |
| När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom?                                                      | Sjukhusets/vårdcentralens/klinikens namn och ort         |                                  |      |
| Har du varit inlagt på sjukhus?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                    | Om "Ja", vilket?                                         | Från                             | Till |
| Vilken vårdcentral tillhör du?                                                                                 |                                                          |                                  |      |
| Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej         | Om "Ja", när?                                            |                                  |      |
| Anlätades läkare då?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                               | Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort |                                  |      |
| Vem behandlar dig nu (sjukhusets/vårdcentralens/klinikens namn och ort)?                                       |                                                          |                                  |      |
| Har du fått någon medicinsk behandling?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej            | Om "Ja", vilken?                                         |                                  |      |
| Är du återställd/friskförklarad?<br><input type="checkbox"/> Ej återställt <input type="checkbox"/> Återställd | Om "Återställd", sedan när?                              |                                  |      |

### Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

|                                                                                                           |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Finns annan giltig olycksfallsförsäkring?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej     | Om "Ja", ange vilket försäkringsbolag |
| Har ersättning utbetalts av annan försäkring?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                       |

**Sjuktillägg till Olycksfallsförsäkring**

Personnummer

**Ersättningsanspråk**

Vänligen specificera ersättningsanspråken genom att lista dessa här. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk vid kostnadsersättning.

| Datum | Utgiftens art (läkararvode, resor, etc) | Total kostnad | Ersatt från annat håll | Återstående belopp |
|-------|-----------------------------------------|---------------|------------------------|--------------------|
|       |                                         |               |                        |                    |
|       |                                         |               |                        |                    |
|       |                                         |               |                        |                    |
|       |                                         |               |                        |                    |
|       |                                         |               |                        |                    |

**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.

**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.
- 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 |
|---------------|-------------|-------------------|--------------|
|               |             |                   |              |

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](http://www.writteninsurance.se/integritetspolicy)

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