

### 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
Försäkrat barns namn		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	

### Besvaras vid olycksfall

När och var inträffade olycksfallet (ååmmdd)?	Klockslag	<input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden <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/klinikens namn och ort		
Vem behandlar barnet nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?			
Har barnet varit inlagd på sjukhus? <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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när (ååmmdd) och på vilket sätt?		
Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange sjukhus/vårdcentral/klinikens namn och ort		
Befaras framtida invaliditet (ärr, nedsatt funktionsförmåga etc)?			
Har du varit sjukskriven p.g.a. olycksfallet (läkarintyg måste bifogas)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Är barnet återställd/friskförklarad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", sedan när (ååmmdd)		

**Besvaras vid tandskada**

Vilken tandläkare har undersökt skadan och när (ååmmdd)?			
Vilka tänder har skadats? Markera på bilden vilken/vilka tänder om skadats			
<input type="checkbox"/> Mjölktänder		<input type="checkbox"/> Permanenta tänder	
Höger sida	Vänster sida	Höger sida	Vänster sida
			
Överkäke		Underkäke	

**Besvaras vid sjukdom**

Sjukdomen (diagnosens) namn?		När märkrets de första symptomen?	
När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom?	Sjukhusets/vårdcentralens/klinikens namn och ort		
Har barnet varit inlagt på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket?	Från	Till
Vilken barnavårdscentral eller skolhälsovård tillhör/tillhörde barnet?			
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när?		
Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort		
Vem behandlar barnet nu (sjukhusets/vårdcentralens/klinikens namn och ort)?			
Har barnet fått någon medicinsk behandling?	Om "Ja", vilken?		
Hur är barnets nuvarande tillstånd? <input type="checkbox"/> Ej återställt <input type="checkbox"/> Återställt	Om "Återställt", sedan när?		
Har omvårdnadsbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när ansöktes omvårdnadsbidraget?		
Hur stort omvårdnadsbidrag beviljades?	För vilken tidsperiod	Från	Till
Är barnet ett adoptivbarn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när kom barnet till Sverige, ange år	Från vilket land?	
Är barnet återställt/friskförklarad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", sedan när?		

**Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)**

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

### 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 anmänts 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