

Företaget

Företagets namn och organisationsnummer		Gruppvavtalsnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer

Försäkrad / Skadelidande

Försäkrads/skadelidandes namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer

Uppgifter om arbetsförmåga

Sjukdom Olycksfall

Sjukskriven/arbetsförmögen sedan (ååmmdd)	Sjukdomen/diagnosens namn eller olycksfallets art?
Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till (ange datum, ort, samt övriga omständigheter).	
När märktes symptomen för sjukdomen?	När anlätades läkare första gången?
Sjukhusets/vårdcentralens/klinikens namn och ort	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när?
Anlätades läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort
Vem behandlar dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?	
Har du någon annan ersättning än sjukpenning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", sedan när (ååmmdd) ?
Om "Ja", vilken typ av ersättning? <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad sjukersättning <input type="checkbox"/> Sjukersättning <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> Arbetskadeföränta	

Uppgifter om sjukskrivningsperioder som sjukdomen/olycksfallet föranlett

Ange sjukskrivningsperioder			
Från	Till	Omfattning	%
Från	Till	Omfattning	%
Från	Till	Omfattning	%
Är du idag full arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", sedan när (ååmmdd)?	
Var du arbetsförmögen mer än 14 dagar i följd någon gång under de 12 månaderna närmast före den sjukskrivning som du har anmält här (detta har eventuell betydelse för karensförkortning)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Om "Ja", under vilken period? Ange Från (ååmmdd) och Till (ååmmdd)

Uppgifter om dubbelförsäkring

(obligatoriska uppgifter)

Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange vilket bolag och försäkringsnummer?
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Viktig information

Följande måste bifogas till ansökan:

- Datautskrift från Försäkringskassan som visar all din sjukhistorik, beställ en 036-bild från Försäkringskassan
- Kopia av samtliga beslut om tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning eller sjukersättning som du har fått från Försäkringskassan
- Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan
- Kopia av den föredragningspromemoria som ligger till grund för Försäkringskassans beslut

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