

### 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?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                       | Om "Ja", vilket?                                            | Från                                 | Till                                                      |
| Vilken vårdcentral tillhör/tillhörde du?                                                                          |                                                             |                                      |                                                           |
| Har du tidigare lidit av liknande sjukdom/diagnos?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej    | Om "Ja", när fastställdes den sjukdomen/diagnosen (ååmmdd)? |                                      |                                                           |
| 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 (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?                                                |                                                             |                                      |                                                           |
| Har du fått någon medicinsk behandling?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej               | Om "Ja", vilken/vilka?                                      |                                      |                                                           |
| Har du varit sjukskriven p.g.a. diagnosen/sjukdomen (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 |
| Ditt nuvarande hälsotillstånd, är du helt återställd?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                                             | Om "Ja", sedan när (ååmmdd)?         |                                                           |

### Finns fler liknande försäkringar

|                                                                                             |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Finns försäkring i annat bolag?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", ange vilket bolag och försäkringsnummer? |
| Har skadan anmälts dit?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.sensorforsakring.se/kundservice/integritetspolicy](http://www.sensorforsakring.se/kundservice/integritetspolicy)

Blanketten skickas till:  
Se försäkringsbrev