

### 1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn	Gruppavtalsnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post adress	Telefonnummer (även riktnr)	

### 2. Anmälan avser Gruppmedlem medförsäkrad (obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post adress	Telefonnummer (även riktnr)	
Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	

### 3. Uppgifter om sjukdom

1. Sjukdomens namn (diagnos)?			
2. När märktes de första symptomen (datum)?			
3. När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom (datum)?			
4. När fastställdes diagnosen (datum)?			
Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort			
5. Har Du varit inlagt på sjukhus?	Om "Ja", vilket?	Fr o m	T o m
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
6. Vilken vårdcentral tillhör/tillhörde Du?			
7a. Har Du tidigare lidit av liknande sjukdom?	Om "Ja", när (datum)?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
7b. Anlätades läkare då?	Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
8. Vem behandlar Dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?			
9. Har Du fått någon medicinsk behandling? Om "Ja", vilken/vilka?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

10. Har Du har varit sjukskriven p.g.a. sjukdomen (läkarintyg måste bifogas)?

<input type="checkbox"/> Helt	Fr.o.m.	T o m	<input type="checkbox"/> Till trejärdedelar	Fr.o.m.	T o m
<input type="checkbox"/> Till hälften	Fr.o.m.	T o m	<input type="checkbox"/> Till en fjärdedel	T o m	Fr.o.m.

11. Ditt nuvarande hälsotillstånd. Är Du helt återställd? Om "Ja", sedan när (datum)?

ja  Nej

#### 4. Uppgifter om dubbförsäkring (obligatoriska uppgifter)

1a. Finns försäkring i annat bolag? Om "Ja", vilket bolag och försäkringsnummer?

ja  Nej

---

1b. Har skadan anmälts dit?

ja  Nej

#### 5. Viktigt! Bifoga till denna ansökan

- \* När Du söker ersättning från Kritisk Sjukdom, bifoga kopia av läkarjournal gällande denna sjukdom.
- \* Uppbär Du sjukersättning, bifoga kopia av Försäkringskassans föredragnings PM samt beslutsmeddelande.

#### 6. 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 skaderegleringsresultatet får registreras i bolagets dataregister.

Ort och datum	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer

#### 7. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 9 2016/679).

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivaren koncernen, samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU-och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringsbolaget har rätt att registrera anmälda skador med anledning av detta försäkringsavtal i ett skadeanmälningsregister som är gemensamt för försäkringsbranschen.

Blanketten skickas till: Nordic Loss Adjusting AB, Box 1141, 171 22 SOLNA