

### 1. Företaget

|                  |            |                             |
|------------------|------------|-----------------------------|
| Företagets namn  |            | Gruppavtalsnummer           |
| Utdelningsadress | Postnummer | Ort                         |
| E-post adress    |            | Telefonnummer (även riktnr) |

### 2. Anmälan avser

(obligatoriska uppgifter)

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

### 3. Uppgifter om arbetsförmåga Sjukdom olycksfall Dödsfall

- Arbetsförmåga/sjukskriven sedan (datum)?
- Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?
- Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till (ange datum, ort, plats samt övriga omständigheter).
- När märktes de första symptomen för sjukdomen (datum)?
- När anlätades läkare första gången (datum)?

Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort

5a. Har Du tidigare lidit av liknande sjukdom?  Ja  Nej Om "Ja", när (datum)?

5b. Anlätades läkare  Ja  Nej Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

6. Vem behandlar Dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

7a. Har Du någon annan typ av ersättning än sjukpenning?  Ja  Nej Om "Ja", sedan när (datum)?

7b. Om "Ja", vilken typ av ersättning?  Tidsbegränsad sjukersättning  Sjukersättning  Aktivitetsersättning  Arbetsskadelivränta

### 4. Uppgifter om sjukskrivningsperioder som sjukdomen/olycksfallet föranlett

| 1. Ange sjukskrivningsperioder |       |            |   |
|--------------------------------|-------|------------|---|
| Fr.o.m.                        | T o m | Omfattning | % |
|                                |       |            |   |
|                                |       |            |   |
|                                |       |            |   |

|   |  |
|---|--|
| 2. Är Du idag fullt arbetsför?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  | Om "Ja", sedan när (datum)?                |
| 3. Var Du arbetsoförmögen 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.)<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", under vilken period? Fr o m T o m |

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

|   |                        |
|---|------------------------|
| 1a. Finns försäkring i annat bolag?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", vilket bolag? |
| 1b. Har skadan anmälts dit?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej         |                        |

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

- \* Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan.
- \* Ev. dödsfallsintyg
- \* Datautskrift från Försäkringskassan som visar all Din sjukhistorik (beställ en 036-bild från försäkringskassan).
- \* Kopia av samtliga beslut om tidsbegränsad sjukersättning (sjukbidrag), aktivitetsersättning eller sjukersättning (förtidspension) som Du har fått från Försäkringskassan.
- \* Kopia av den föredragningspromemoria som ligger till grund för Försäkringskassans beslut.

#### 7. 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 |
|---------------|-------------|-------------------|--------------|
|               |             |                   |              |

#### 8. 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 114, 171 22 SOLNA