

1. Gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn	Gruppvavalsnummer	
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)	
Civilstånd	Sedan datum	
<input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Gift/sambo/Registrerad partner		
Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	
Har den sökande barn under 17 år?	Om "Ja", ange personnummer?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

3. Uppgifter om arbetsförmåga Sjukdom olycksfall

1. Arbetsförmåga till minst 50 % sedan (datum)?		
2. Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?		
3. När märktes de första symtomen (datum)?		
4. När anlätades läkare första gången (datum)?		
Vårdcentral/sjukhusets/klinikens namn och ort		
5. Typ av beviljad ersättning:		
<input type="checkbox"/> a. Tidsbegränsad sjukersättning har beviljats fr o m (datum):		
<input type="checkbox"/> b. Aktivitetsersättning har beviljats fr o m (datum):		
<input type="checkbox"/> c. Sjukersättning har beviljats fr o m (datum):		
6. Sjukperiod innan Du blev beviljad tidsbegränsad-, aktivitets- eller sjukersättning?	Fr o m	To m
7. Har Du anlitat sjukvårdspersonal t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om "Ja", ange namn, adress och telefonnummer		

4. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

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

5. Viktigt! Bifoga till denna ansökan

- * Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan.
- * 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.

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 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.

8. Uppgifter från gruppföreträdare/mäklare (nedanstående uppgifter ska endast självadministrerande avtal fylla i)

Nuvarande omfattning	Ursprungligt anslutningsdatum		Försäkringsbelopp		Anslutning (HD,fullt arbetsför)		Månadspremie	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Dödsfallskapital								
Enkelt sjukkapital (Förtidskapital)								
Dubbelt sjukkapital (Förtidskapital)								
Kritisk sjukdom								
Olycksfall Vuxen								
Sjuk och Olycksfall Vuxen								
Sjuk och Olycksfall Barn								

9. Underskrift av gruppföreträdare/mäklare

Ort och datum	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer
---------------	-------------	-------------------	--------------

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