

Uppgifter om gruppföreträdaren

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn Brandmännens Riksförbund	Gruppavtalsnummer S001MO000002
--	-----------------------------------

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? <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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när fastställdes den sjukdomen/diagnosen (ååmmdd)?				
Anlätades läkare då? <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? <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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", sedan när (ååmmdd)?				

Finns fler liknande försäkringar

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:

- Läkariournal 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.writteninsurance.se/integritetspolicy

Blanketten skickas till:
Sedgwick Sweden AB
Box 1141
171 22 Solna