Skadeanmälan

Sjukförsäkring/Sjukinkomstförsäkring

Gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn	Gruppavtalsnummer
Brandmännens Riksförbund	S001MO000002

Anmälan avser

Obligatoriska uppgifter ☐ Gruppmedlem ☐ Medförsäkrad

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer
Huvudförsäkrades förnamn och efternamn (endast om anmälan medförsäkrad)		Personnummer

Uppgifter om avtalade sjukförmåner

Har var du anställd vid sjukskrivningens början (yrkesverksamhet)?
☐ Statligt anställd ☐ Kommunal eller landstingstjänst ☐ Privat tjänst ☐ Egen företagare ☐ Arbetslös, fr o m (ååmmdd)
Är du ITP*- eller AGS**-försäkrad? (Vid eventuella frågor vänd dig till arbetsgivaren)

*ITP = tilläggspension för tjänstemän, **AGS = avtalsgruppsjukförsäkring för arbetare/tjänstemän

Uppgifter om arbetsoförmåga

☐ Sjukdom ☐ Olycksfall ☐ Gravid

Arbetsoförmåga/sjukskriven sedan (ååmmdd)		
Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?		
Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till (ange datum, ort, plats samt övriga omständigheter)		
När märktes de fösta symtomen för sjukdomen (ååmmdd)?		
När anlitades läkare första gången (ååmmdd)?		
Sjukhuset/vårdcentral/klinikens namn och ort?		
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", när (ååmmdd)?	
Anlitades läkare ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange läkarens namn och sjukhuset/vårdcentralen/klinikens namn och ort	
Vem behandlar dig nu, läkarens namn och sjukhuset/vårdcentralen/klinikens namn och ort		
Har du någon annan typ av ersättning än sjukpenning? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", sedan när (ååmmdd)?	Om "Ja" vilken typ av ersättning? ☐ Tidsbegränsad sjukersättning ☐ Sjukersättning ☐ Aktivitetsersättning ☐ Arbetsskadelivränta
Ange din månadslön i kronor vid insjuknandedagen (den som är anmäld till Försäkringskassan)?		

Skadeanmälan

Sjukförsäkring/Sjukinkomstförsäkring

Uppgifter om sjukskrivningsperioder som sjukdomen/olycksfallet föranlett

Ange sjukskrivningsperioder			
Från	Till	Omfattning	%
Från	Till	Omfattning	%
Från	Till	Omfattning	%
Är du idag full arbetsför? ☐ Ja ☐ Nej		Om ”Ja”, sedan när (ååmmdd)?	
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)? ☐ Ja ☐ Nej			Om ”Ja”, under vilken period? Ange Från (ååmmdd) och Till (ååmmdd)

Flera försäkringar (dubbelförsäkring)

Obligatoriska uppgifter

Finns försäkring i annat bolag? ☐ Ja ☐ Nej	Om ”Ja”, vilket bolag?
Har skadan anmälts dit? ☐ Ja ☐ Nej	

Följande ska bifogas med skadeanmälan

- Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan
- Datumskrift 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

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	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer

De uppgifter som du lämnar till försäkringsgivaren kommer att behandlas och arkiveras av försäkringsgivarensamt 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: sensorforsakring.se/privat/personuppgiftspolicy/

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