

Skadeanmälan

Sjukförsäkring/Sjukinkomstförsäkring

1. 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)	
Huvudförsäkrades förnamn och efternamn (endast om anmälan avser medförsäkrad)		Personnummer

Anmälan avser:

Heltidsbrandman

Deltidsbrandman

Graviditet

VIKTIGT! Bifoga till denna anmälan

Heltidsbrandman

Datautskrift från Försäkringskassan som visar all din sjukhistorik (beställ en 037-bild från Försäkringskassan).

Kopia av Försäkringskassans beslut om du har beviljats aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller arbetsskadelivränta.

Deltidsbrandman

Intyg från arbetsledare som intygar att du är helt arbetsoförmögen.

Läkarintyg som styrker att du är arbetsoförmögen som brandman.

Graviditet

Intyg från arbetsledare som intygar arbetsförmåga som brandman pga graviditet.

Intyg från mödravårdscentralen om beräknat nedkomstdatum.

3. Betalning önskas insatt på

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
<input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonummer		

4. Uppgifter om avtalade sjukförmåner

1. Hur var Du anställd vid sjukskrivningens början (yrkesverksamhet)?

Statligt anställd Kommunal eller landstingstjänst Privat tjänst Egen företagare Arbetslös, fr o m:

2. Är Du ITP- eller AGS-försäkrad? (Vid eventuella frågor vänd Dig till arbetsgivaren.)

Om "Ja", är Du berättigad till ersättning därifrån?

Ja, ITP Ja, AGS Nej

Ja Nej

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

5. Uppgifter om arbetsförmåga Sjukdom olycksfall

1. Arbetsförmåga/sjukskriven sedan (datum)?

2. Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?

3. Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till (ange datum, ort, plats samt övriga omständigheter).

4. När märktes de första symptomen för sjukdomen (datum)?

5. När anlätades läkare första gången (datum)?

Läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

5a. Har Du tidigare lidit av liknande sjukdom?

Om "Ja", när (datum)?

Ja Nej

5b. Anlätades läkare

Om "Ja", ange läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

Ja Nej

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

7a. Har Du någon annan typ av ersättning än sjukpenning?

Om "Ja", sedan när (datum)?

Ja Nej

7b. Om "Ja", vilken typ av ersättning?

Tidsbegränsad sjukersättning Sjukersättning Aktivitetsersättning Arbetskadeföränta

8. Ange Din månadslön i kr vid insjuknandedagen (den som anmälts till Försäkringskassan)?

9. Vilken försäkringskassa tillhör Du?

6. Uppgifter om sjukskrivningsperioder som sjukdomen/olycksfallet föranlett

1. Ange sjukskrivningsperioder

Fr.o.m.

T o m

Omfattning

%

Fr.o.m.

T o m

Omfattning

%

Fr.o.m.

T o m

Omfattning

%

2. Är Du idag fullt arbetsför?

Om "Ja", sedan när (datum)?

Ja Nej

3. Var Du arbetsförmögen 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.)

Om "Ja", under vilken period? Fr o m T o m

Ja Nej

7. Uppgifter om dubbförsäkring (obligatoriska uppgifter)

1a. Finns försäkring i annat bolag?

Om "Ja", vilket bolag?

Ja Nej

1b. Har skadan anmälts dit?

Ja Nej

8. 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.

9. 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

10. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter (PUL) enligt personuppgiftslagen (1998:204)

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 marknadsförings-ändamål. 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

Nordeuropa Försäkring AB
Säte Stockholm, Sverige
Org nr 556632-6657

Karlavägen 53
Box 56044
102 17 Stockholm

Växel 08-410 532 00
Fax 08 664 49 00
E-post info@nordeuropaliv.se