

## Skadeanmälan Sjukinkomstförsäkring/Sjukförsäkring

### 1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/ Föreningens namn

Avtalsnr./Gruppavtalsnamn/Gruppföreträdare

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Organisationsnummer

### 2. Anmälan avser

Gruppmedlem

Medförsäkrad

(obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad) Personnummer

### 3. Uppgifter om avtalade sjukförmåner

Hur var du anställd vid sjukskrivningens början (yrkesverksamhet)?

Statligt anställd

Kommunal eller landstingstjänst

Privat tjänst

Egenföretagare

Arbetslös, fr o m:

Är du ITP- eller AGS-försäkrad\*? (Vid frågor vänd dig till arbetsgivaren)

Om Ja, är du berättigad till ersättning därifrån?

Ja, ITP

Ja, AGS

Nej

Ja

Nej

\* ITP = tilläggs pension för tjänstemän \* AGS = avtalsgruppsjukförsäkring för arbetare/tjänstemän

### 4. Uppgifter om arbetsoförmåga

Sjukdom

Olycksfall

Arbetsoförmåga/sjukskriven sedan (datum)?

Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?

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

---

När märktes den första symtomen för sjukdomen (datum)?

---

När anlätades läkare första gången (datum)?

---

Läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

---

Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?

Om Ja, när (datum)?

Ja

Nej

---

Anlätades läkare då?

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

Ja

Nej

---

Vem sköter dig nu (läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort)?

---

Har du någon annan typ av ersättning än sjukpenning?

Om Ja, sedan när (datum)?

Ja

Nej

---

Om Ja, vilken typ av ersättning?

tidsbegränsad sjukersättning

Sjukersättning

Aktivitetsersättning

Arbetskadeföränta

---

Ange din månadslön i kr vid insjuknandedagen (den som anmälts till Försäkringskassan)?

---

Vilken försäkringskassa tillhör du?

---

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

Ange sjukskrivningsperioder

Fr.o.m.

T o m

Omfattning

%

---

Fr.o.m.

T o m

Omfattning

%

---

Fr.o.m.

T o m

Omfattning

%

---

Är du idag fullt arbetsför?

Om "Ja", sedan när (datum)?

Ja

Nej

---

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 betydelse för eventuell karensförkortning.)

Om "Ja", sedan när (datum)?

Fr.om.

T o m

Ja

Nej

---

## 6. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

Finns försäkring i annat försäkringsbolag?

Om Ja, vilket försäkringsbolag och försäkringsnummer?

Ja

Nej

Har skadan anmälts dit?

Ja

Nej

## 7. Viktigt att bifoga till denna skadeanmälan

- 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.

## 8. Underskrift

- Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Vidare medger jag att de uppgifter som lämnats om mitt hälsotillstånd, personuppgifter, samt riskbedömning- och skaderegleringsresultatet får registreras i bolagets dataregister.

Ort	Datum	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer
-----	-------	-------------	-------------------	--------------

## 9. 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.