SENSOR FÖRSÄKRING
En del av Sensor Group

ANMÄLAN OM KRITISK SJUKDOM

Använd blanketten för att anmäla en skada enligt en **försäkring för allvarlig sjukdom.**

! Alla handlingar skickas till: Box 84, 971 02, Luleå, Sensor Försäkring Norden AB

A Försäkringen

Försäkringstyp: **Kritisk sjukdom**	Avtalsnummer:

B Den skadelidande

För- och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon dagtid:	Mobiltelefonnummer:
Om du är medförsäkrad ange gruppmedlemmens namn:		Gruppmedlemmens personnummer:

C Kritisk sjukdom

Ange vilken sjukdom som anmälan avser:	
När märkte du de första symptomen på sjukdomen?	När uppsökte du läkare för första gången på grund av sjukdomen?
Ange när diagnosen ställdes:	Ange på vilken klinik diagnosen ställdes:

D Behandling

Ange vilken behandling du får:

Har du genomgått eller ska du genomgå någon operation?

☐ Nej ☐ Ja, i så fall vilken och när?

Vilka läkare har du besökt för undersökning och vård med anledning av sjukdomen?

Läkarens namn:	*Sjukhus/mottagning:*

E Bankkonto

Ange bankkonto för mottagande av försäkringsersättning:

Bankens namn och adress:	*Clearingnr:*	*Kontonummer:*

F Övriga upplysningar

Här kan du lämna övriga upplysningar eller kompletteringar till någon fråga.

G Underskrift och fullmakt

Genom att underteckna anmälan samtycker du till följande behandling av dina personuppgifter: Sensor kommer att registrera dina personuppgifter i sitt datasystem och utföra sådan hantering av uppgifterna som är nödvändig för att handlägga och administrera ditt ersättningsanspråk och din försäkring. Uppgifter kan lämnas till försäkringsbranschens gemensamma skaderegister (GSR). Sensor kommer även att utföra sådan hantering av dina personuppgifter som är nödvändig för att sammanställa statistik och att utvärdera och förbättra försäkringsprodukterna. Personuppgifter kan göras tillgängliga för de personer som behöver dem för att kunna utföra sina arbetsuppgifter för Sensors räkning. Detta omfattar även Sensors medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för Sensors räkning och de återförsäkringsbolag som Sensor anlitar.

Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna anmälan är riktiga och fullständiga.
Fullmakten omfattar skadereglering. Syftet med fullmakten är att Sensor ska kunna handlägga och administrera skadeanmälan samt bedöma skadefall genom att inhämta de handlingar som Sensor anser vara nödvändiga för utredningen. Fullmakten innebär att vårdgivare m.fl. får lämna ut handlingar till Sensor, dess samarbetspartners, medicinska rådgivare och de återförsäkringsbolag som Sensor anlitar.

Med min underskrift ger jag fullmakt till Sensor eller dess återförsäkrare att inhämta sådana uppgifter, registerutdrag och handlingar (inklusive patientjournaler, röntgenundersökningar och provsvar) från sjukhus, vårdcentral, vårdinrättning, läkare och annan vårdpersonal såsom psykiatriker, psykolog, psykoterapeut, sjuksköterska, naprapat, sjukgymnast, kiropraktor, arbetsterapeut och kurator samt från försäkringskassan, annan försäkringsinstans, landstingsarkiv, min arbetsgivare och skatteverket (inklusive kontrolluppgift och inkomstdeklarationer) som Sensor anser sig behöva för ersättningsanspråk. Jag medger att ovan nämnda personer får lämna uppgifter till Sensors samarbetspartners. Jag medger också att Sensor får vidarebefordra informationen till de samarbetspartners, medicinska rådgivare och återförsäkringsbolag som Sensor anlitar. Fullmakten gäller tills den återkallas eller tills ärendet är slutreglerat. Fullmakten gäller även vid skadereglering som sker efter dödsfall. I det fall fullmakten återkallas innan ärendet slutreglerats kan det att medföra att ersättningsanspråk inte kan utredas och att sökt försäkringsersättning jämkas eller uteblir.

De personuppgifter som Sensor inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt kommer att behandlas i Sensors försäkringsregister och hanteras för att handlägga ditt ersättningsanspråk och din försäkring. Ändamålet med behandlingen framgår av försäkringsvillkoren.

.....	.....	.....
Ort	Datum	Underskrift
.....		.....
Personnummer		Namnförtydligande