



A Försäkringen

Försäkringstyp (inklusive gruppens namn vid gruppförsäkring):	Avtalsnummer:
---	---------------

B Den skadelidande

För- och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon dagtid:	Mobiletelefonnummer:
Om du är medförsäkrad eller om anmälan avser barn, ange gruppmedlemmens namn:		Gruppmedlemmens personnummer:

C Sjukdom eller olycksfall - Ifylls alltid

Ange vilken sjukdom eller kroppsskada som anmälan avser (samtliga diagnoser):

När märkte du de första symptomen?	När uppsökte du läkare för första gången på grund av dessa besvär?
------------------------------------	--

Vilka läkare/vårdpersonal har du besökt för undersökning och vård med anledning av sjukdomen/skadan?
Läkarens/vårdpersonalens namn: _____ *Sjukhus/mottagning (med adress):* _____

Har du haft samma eller liknande besvär tidigare?
 Nej | Ja, ange när: _____ Vilken läkare och vilken vårdinrättning anlätades då?

D Olycksfall - Besvara detta avsnitt om du ansöker om ersättning från olycksfallsförsäkring.

Var inträffade olycksfallet?	Vilket datum inträffade olycksfallet?	Vilken tidpunkt inträffade olycksfallet?
------------------------------	---------------------------------------	--

Olycksfallet inträffade:
 under arbetstid / skoltid | under färd till eller från arbete / skola | under fritid | Tillkallades ambulans, polis eller räddningstjänst?
 Nej | Ja, ange vad: _____

Lämna en detaljerad beskrivning av hur olycksfallet gick till:

Hur skadades du i olyckan?	Vilken sida av kroppen skadades? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	Har du haft besvär med skadad kroppsdel tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när: _____
----------------------------	---	---

Har du annan olycksfallsförsäkring eller, vid trafikolycka, trafikförsäkring? Nej | Ja, lämna uppgifter nedan:
Bolagets namn och adress: _____ *Skadenummer eller försäkringsnummer:* _____

E Sjukförsäkring - Besvara detta avsnitt om du ansöker om ersättning från sjukförsäkring.

Har du fast anställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, ange vad:	Anställd sedan:	Veckoarbetstid: timmar
Arbetsgivarens namn och adress:		
Ditt yrke:	Din befattning:	Dina arbetsuppgifter:
Besvara om du är företagare: <input type="checkbox"/> Anställd i eget AB <input type="checkbox"/> Egen företagare (EF/HB/KB)	När startade verksamheten?	Äger du minst 33 % av företaget (med make, barn eller förälder) eller är du komplementär i kommanditbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange din ordinarie fasta månadslön vid insjuknandet (inkl. semesterersättning):	Om du är egen företagare, ange ditt senaste taxerade överskott av näringsverksamhet: Taxeringsår:	Överskott:
Ange om du har fått bonus eller provision under de senaste tre åren: År: Bonus: År: Bonus: År: Bonus:		
Har du haft något avbrott i ditt förvärvsarbete sedan starten av försäkringen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, under perioden _____ till _____ av orsak _____.		
Är du, eller har du varit, sjukskriven på grund av sjukdomen / skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. _____ <input type="checkbox"/> fortfarande sjukskriven <input type="checkbox"/> frisk fr.o.m. _____.		
Har Försäkringskassan beviljat dig ersättning för arbetsoförmåga för sjukdomen / skadan? <input type="checkbox"/> Ingen ersättning <input type="checkbox"/> Sjukpenning <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> Sjukersättning		
Har du sjukförsäkring i något annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, i försäkringsbolag: _____ Försäkringsnummer: _____ Månadsbelopp: _____ kr		
Vilka övriga sjukförmåner har du? <input type="checkbox"/> Enbart försäkringskassa <input type="checkbox"/> ITP eller likvärdigt <input type="checkbox"/> Sjuklön efter dag 14 <input type="checkbox"/> Annan ersättning:		

F Bankkonto

Ange bankkonto för mottagande av försäkringsersättning: Bankens namn och adress:	Clearingnr:	Kontonummer:
---	-------------	--------------

G Övrigt / ersättningsanspråk

Här kan du lämna övriga upplysningar eller kompletteringar till någon fråga samt specificera dina eventuella ersättningsanspråk:
--

H Bilagor

Bifoga alltid följande handlingar om du ansöker om ersättning enligt en sjukförsäkring: <input type="checkbox"/> Din lönespecifikation månaden innan du blev sjukskriven. <input type="checkbox"/> Om du är egen företagare: inkomstintyg från din revisor för året innan du blev sjukskriven eller din senaste inkomstdeklaration. <input type="checkbox"/> Samtliga medicinska underlag för sjukskrivning. <input type="checkbox"/> Försäkringskassans beslut om sjukersättning om sådant finns.

UNDERTECKNA ANMÄLAN PÅ FÖLJANDE SIDA

I Underskrift och fullmakt

Genom att underteckna anmälan samtycker du till följande behandling av dina eller ditt barns 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.

Om anmälan avser omyndigt barn, vänligen ange barnets namn och personnummer.

.....
.....
Ort	Datum	Underskrift
.....
.....
Personnummer		Namnförtydligande
.....
.....
Omyndigt barns personnummer		Omyndigt barns namn