

**ANMÄLAN AVSER**  Gruppmedlem  Medförsäkrad (=make/sambo till gruppmedlem)

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen		<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Äganderättslägenhet
Namn		Personnr		
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)		Mobil
Postnr	Ort	Mejl		
Om anmälan avser gruppmedlem, finns medförsäkrad (d.v.s. make eller sambo som inte fyllt 70 år)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		Om anmälan avser medförsäkrad (d.v.s. make eller sambo) ange gruppmedlemmens personnummer		

**Utbetalning önskas insatt på** (var vänlig skriv tydligt)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank
------------------------------------	------------	---------	------

**SJUKDOM**

Vilken sjukdom/diagnos avser anmälan?	
När märktes de första symtomen? - (År/Mån/Dag)	När anlätades läkare första gången för denna sjukdom? - (År/Mån/Dag)
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/besvär? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, när?
Vilken sjukdom/sjukdomar/besvär var då aktuella?	
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)	

**VÅRD/BEHANDLING**

Vilken läkare behandlar dig nu?	Vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Vilka andra vårdinrättningar har du besökt på grund av anmäld sjukdom? - (Namn och ort)		
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, vilket?	
Under vilka perioder fr o m - t o m - (År/Mån/Dag)		

**Vårdcentral/Företagshälsovård**

Vilken vårdcentral eller företagshälsovård tillhör du? - (Namn och ort)

## ÖVRIG INFORMATION


## ÖVRIGT

Har du eller har du vid något tillfälle haft aktivitetsersättning eller sjukersättning (inte att förväxlas med sjukpenning)? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m:	Har du eller har du vid något tillfälle haft ett särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning på grund av sjukdom eller olycksfall? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m:
--	--

<b>VIKTIGT</b> Bifoga kopior av	<ul style="list-style-type: none"><li>• Läkarintyg eller journalkopior där sjukdom/diagnos och sjukdomsdebut framgår</li><li>• Datautskrifter från Försäkringskassan, försäkringsbild (030-bild) och</li><li>• Intyg om ersättning/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)</li></ul>
------------------------------------	---

**Behandling av hälsouppgifter:** För information om hur vi behandlar personuppgifter, se [affinity.modernaforsakringar.se/gdpr](https://affinity.modernaforsakringar.se/gdpr)

**UNDERSKRIFT** - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade

### Underskrift av FÖRSÄKRAD

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att Moderna Försäkringar och dess samarbetspartners behandlar mina personuppgifter vid skaderegleringen.

Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namnteckning
Personnr		Namnförtydligande

**BLANKETTEN SKICKAS TILL: Moderna Försäkringar, AffinityBox 7830, 103 98 Stockholm eller laddas upp på: [affinity.modernaforsakringar.se/hyresgastforeningen](https://affinity.modernaforsakringar.se/hyresgastforeningen).**

Försäkringsgivare är Moderna Försäkringar - en del av Trygg-Hansa Försäkring | 106 26 Stockholm | Org.nr 516403-8662 | Filial till Tryg Forsikring A/S | CVR-nr 24260666 | Danmark