

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
------------------------------------	------------	---------	------

VID SJUKDOM

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

VID OLYCKSFALL

När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)	Ort/Land
Ange händelseförlopp och övriga omständigheter	
Vilken kroppsskada blev följden?	
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, när?
På vilket sätt?	
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)	

UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada/sjukdom? - (År/Mån/Dag)	Läkarens/vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Vilken läkare behandlar dig nu?	Vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	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)		

FÖRETAGARE ELLER EJ YRKESVERKSAM PENSIONÄR

<input type="checkbox"/> Företagare <input type="checkbox"/> Pensionär	Arbetar som företagare, timmar per vecka	Företagare/Ej yrkesverksam pensionär fr o m - (År/Mån/Dag)
Företagets namn		
Adress	Postnr	Ort
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)		

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:
--	--

VIKTIGT
Bifoga kopior av

- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
- Intyg om sjukhusvistelse (kan vara faktura eller liknande)
- Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad du blev arbetslös (understiger hyra/månadsavgift 4 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)

ÖVRIG INFORMATION

Behandling av hälsouppgifter: För information om hur vi behandlar personuppgifter, se 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.

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