

Skadeanmälan

Ansökan om ersättning från

Sjukförsäkring Premiebefrielse (ej gruppförsäkring)

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan. Texta med svart eller blå kulspetspenna. **OBS! Glöm ej underskrift!**

skandia:

Blanketten sänds till:

Skandia
Dokumenthantering, R802
106 37 Stockholm
Tfn: 020-55 55 00

1. Försäkrads personuppgifter

Namn (ifylls alltid)		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn	
Telefon mobil	Telefon bostaden (även riktnummer)		
Telefon arbetet (även riktnummer)	E-postadress		

2. Arbetsgivarens/Förbundets/Föreningens namn

Namn		Gruppavtal/Tj-avtal	
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn	
Telefon (även riktnummer)	E-postadress		

3. Utbetalningsätt

Vi föreslår att beloppet sätts in på ett Allt i Ett-konto i Skandiabanken. Om du inte redan har ett sådant konto kan du kontakta Skandiabanken på telefon 020-55 55 00. Om du ringer från utlandet är telefonnumret +46-711 456 258.

Jag vill att beloppet ska sättas in på konto

Bankkonto Personkonto Plusgiro Bankgiro

Bankens namn	Kontohavare	Clearingnummer	Kontonummer
--------------	-------------	----------------	-------------

4. Obligatoriska frågor vid sjukförsäkring

Har du en annan sjukförsäkring?		Bolag	Försäkringsnummer	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			
Är skadan anmäld ditt?		Är du berättigad till ersättning därifrån?		Om ja, vilken ersättning och från vilket bolag?
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Ange din månadslön vid insjuknandedagen (den som anmäls till Försäkringskassan) i kronor				
Vilken Försäkringskassa tillhör du?				
Hur är du anställd vid sjukskrivningens början? (yrkesverksamhet)				
<input type="checkbox"/> Statlig tjänst	<input type="checkbox"/> Kommunal eller landstingstjänst	<input type="checkbox"/> Privat tjänst, ej delägare*	<input type="checkbox"/> Privat tjänst, delägare*	
<input type="checkbox"/> Enskild firma	<input type="checkbox"/> Delägare i handelsbolag/kommanditbolag	<input type="checkbox"/> Jord- eller skogsbrukare	<input type="checkbox"/> Arbetslös	
Är du ITP- eller AGS-försäkrad?*			Uppbär du sjukpenning/sjukersättning från Försäkringskassan?	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ITP	<input type="checkbox"/> Ja, AGS	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

*) som delägare räknas den som är anställd i aktiebolag där han/hon ensam eller sammanräknad med annan aktieägare, som är make, sambo, förälder eller barn till honom/henne äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget.

**) ITP = tilläggs pension för tjänstemän, AGS = avtalsgruppsjukförsäkring för arbetare/tjänstemän



90102:2

90102:2

SID 1 (4)

Signatur

5. Ytterligare upplysningar

6. Sjukskrivningsorsak

Sjukdomens namn (diagnos)?			
			När märktes de första symtomen? (ÅÅ-ÅÅ-MM-DD)
			- -
När anlätades läkare ? (ÅÅ-MM-DD)	Läkarens namn och adress		
- -			
Vilken läkare behandlar dig nu (namn och adress)?			
Har du varit inlagd på sjukhus?	Vilket sjukhus?	När? (ÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		- -	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?	Vilken sjukdom (diagnos)?	När? (ÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		- -	
Om du då var sjukskriven, ange sjukskrivningsperiod			
Vilken läkare anlätades då? Ange vårdgivarens namn och adress			
Kopia av sjukskrivningsintyg ska alltid bifogas. Vid aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, samt sjukersättning ska kopia av Försäkringskassans beslut, föredragningspromemoria samt läkarutlåtande bifogas.			
Arbetsförmågan bedöms:		Ange sjukskrivningsperioder:	
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/4	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	
	- -	- -	
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/2	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	
	- -	- -	
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 3/4	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	
	- -	- -	
<input type="checkbox"/> helt nedsatt	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	
	- -	- -	
Ditt nuvarande hälsotillstånd – är du fullt arbetsför?			Om ja, fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			- -
Har du under de senaste 12 månaderna haft nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i mer än två veckor i följd före nuvarande period?*			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
- -	- -	- -	- -
fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
- -	- -	- -	- -

*) Detta med hänsyn till eventuell karenstidsförkortning. Bifoga i så fall kopia av sjukskrivningsintyg

7. Underskrift av försäkrad

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger

- att Skandia, för bedömning av sitt ansvar, hos läkare och annan vårdpersonal, sjukhus och annan vårdinrättning, försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare inhämtar de upplysningar som Skandia, anser nödvändiga,
- att Skandia, för rehabilitering av mig, har löpande kontakter rörande mig och mitt hälsotillstånd med läkare och annan

vårdpersonal, sjukhus och annan vårdinrättning, försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan samt arbetsgivare.

- att Skandia har rätt att ta del av journaler, läkarintyg och övriga handlingar samt upplysningar avseende mina hälso-, sjukskrivnings- och inkomstförhållanden.
- att Skandia, äger rätt att i ett för branschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmäld skada (se information nedan).

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Ort

Namnteckning

Personnummer

Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som lämnas till Livförsäkringsaktiebolaget Skandia, som är personuppgiftsansvarig, kommer att behandlas av bolaget och andra bolag i Skandiakoncernen för att bolagen ska kunna fullgöra ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna inhämtas normalt direkt från den registrerade men för vissa försäkringar kan uppgifterna komma att inhämtas från arbetsgivaren eller annan. Uppgifterna kan komma att uppdateras genom externa register, till exempel Spar.

Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Vidare kan uppgifterna komma att användas för att informera om Skandiakoncernens tjänster och produkter. Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till bolag i Skandiakoncernen och andra företag som bolag i Skandiakoncernen samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området. Den som inte vill motta adresserade erbjudanden kan kontakta bolagets kundtjänst och begära s.k. reklamspärr.

Skandiakoncernen kommer vid behandlingen av personuppgifter att iaktta stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Uppgifterna kommer endast att göras tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna

utföra sitt arbete för Skandiakoncernens räkning. Dessa personer kommer endast att få tillgång till uppgifterna i den utsträckning som behövs för att de ska kunna utföra sitt arbete.

Bolaget kan komma att spela in eller på annat sätt dokumentera den enskildes kommunikation med bolaget.

Enligt personuppgiftslagen (1998:204) har varje registrerad rätt att få information om och rättelse av de personuppgifter som registrerats. Sådan begäran framställs skriftligen till Livförsäkringsaktiebolaget Skandia, 103 50 Stockholm. Märk kuvertet "Information om personuppgifter".

Skaderegistrering

För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig bolaget av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Registret används endast i samband med skadereglering. Personuppgiftsansvarig för GSR är Försäkringsförbundet.*

När en skada anmäls till bolaget, anmäls denna (skadetyp, skadedatum, skadenummer, handläggare, försäkringsbolag, organisations- eller personnummer) även för registrering i GSR. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag.

* Karlavägen 108, 115 26 Stockholm

Är du försäkrad i ett gruppförsäkringsavtal som är självadministrerande ska uppgifterna på nästa sida fyllas i av gruppföreträdaren innan ansökan om ersättning skickas in.

8. Nedanstående uppgifter ska endast gruppföreträdare för självadministrerande gruppavtal fylla i

<input type="checkbox"/> Ej ansluten till sjukförsäkring	Ansluten till sjukkapital <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ansluten till trygghetskapital <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Anställningsdatum (ÅÅ-MM-DD) - -
--	---	--	---

9. Försäkringsomfattning/historik (nuvarande omfattning inkl. tidigare ändringar)

Sjukförsäkringsbelopp	Anslutningsdatum (ÅÅ-MM-DD)	<input type="checkbox"/> Anslutning full arbetsförhet	<input type="checkbox"/> Med hälso-deklaration	Premie betald t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -
	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -
	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -
Kommentarer				
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Gruppföreträdarens underskrift		Namnförtydligande	
- -				
Telefon	E-postadress			

10. Anteckningar

Signatur
