

Ansökan om trygghetskapital

Grupp försäkring

skandia:

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm ej underskrift.** Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper. Glöm då inte att skriva ditt personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

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

1. Avtalsuppgifter

Arbetsgivarens/förbundets/föreningens namn		Gruppavtal nr
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn
E-postadress	Telefon (även riktnummer)	

2. Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (ifylls alltid)		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn
Telefon arbetet (även riktnr)	Telefon bostaden (även riktnr)	E-postadress

3. Medförsäkrad

Medförsäkrads namn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer
--	--------------

4. Önskemål om utbetalningssätt

Jag vill att beloppet ska sättas in på konto	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro		
Bankens namn	Kontoinnehavare	

5. Sjukskrivningsorsak

Åkommans namn (diagnos)		
När märktes de första symtomen?	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
När anlätades läkare?	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
Läkarens namn och adress		
Vilken läkare behandlar dig nu? (namn och adress)		
Har du varit inlagd på sjukhus? Vilket sjukhus?	Datum fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	Datum t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du tidigare lidit av liknande åkomma? Vilken åkomma (diagnos)?	När? (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om du då var sjukskriven, ange sjukskrivningsperiod	Datum fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Datum t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
Vilken läkare anlätades? Ange vårdgivarens namn och adress		



90272:1

90272:1

SID 1 (2)

6. Sjukskrivningsperioder

Sjukskrivningsperioder som åkomman föranlett (perioder och sjukskrivningsgrad)?
 Följande handlingar ska alltid bifogas anmälan: kopia av sjukskrivningsintyg, Försäkringskassans beslut om aktivitetsersättning/sjukersättning, föredragningspromemoria samt läkarutlåtande (LUH).

<input type="checkbox"/> Hel	Datum fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Datum t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
	-	-
<input type="checkbox"/> 3/4	Datum fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Datum t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
	-	-
<input type="checkbox"/> Halv	Datum fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Datum t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
	-	-
<input type="checkbox"/> 1/4	Datum fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Datum t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
	-	-

Wilken försäkringskassa tillhör du? (ange även adress)

7. Eventuellt övriga upplysningar

8. Underskrift av försäkrad

– Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
 – Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl. allmän Försäkringskassa) får lämna försäkringsbolaget de upplysningar om mitt nuvarande och framtida hälsotillstånd som Skandia anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Ort	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)		
-		

9. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

<input type="checkbox"/> Ej ansluten till trygghetskapital	Anställningsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
	-

Försäkringsomfattning/historik (nuvarande omfattning inkl. tidigare ändringar)

Försäkringsbelopp	Anslutningsdatum	Anslutning genom konvertering	Med hälsodeklaration	Premie betald t.o.m.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Försäkringsomfattning före konvertering

Förtidskapital/Liv Sjukkapital	Anslutningsdatum	Anslutning på full arbetsföret	Med hälsodeklaration	Premie betald t.o.m.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukkapital (N)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Omställningskapital		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommentar				
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Gruppföreträdarens underskrift		Namnförtydligande	
-				
Telefon (även riktnummer)	E-postadress			