

Skadeanmälan Förtidskapital

1. Uppgifter om gruppföreträdare

Arbetsgivarens namn/ Föreningens namn

Avtalsnr./Gruppavtalsnamn/Gruppföreträdare

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Organisationsnummer

2. Anmälan avser

Gruppmedlem

Medförsäkrad

(obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Mejladress

Telefonnummer (dagtid)

Civilstånd

Sedan datum

Ensamstående

Gift/sambo/Registrerad partn

Medförsäkrads förnamn och efternamn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)

Personnummer

Har den sökande barn under 17 år?

Om Ja, ange personnummer?

Ja

Nej

3. Uppgifter om arbetsoförmåga

Sjukdom

Olycksfall

Arbetsoförmåga till minst 50 % sedan (datum)?

Sjukdomens namn (diagnos) eller olycksfallets art?

När märktes de första symtomen (datum)?

När anlätades läkare första gången (datum)?

Läkarens/sjukhusets/klinikens namn och ort

Typ av beviljad ersättning:

Tidsbegränsad sjukersättning har beviljats fr o m (datum):

Aktivitetsersättning har beviljats fr o m (datum):

Sjukersättning har beviljats fr o m (datum):

Sjukperiod innan du blev beviljad tidsbegränsad-, aktivitets- eller sjukersättning? Fr o m T o m

Har du anlitat sjukvårdspersonal t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut?

Ja

Nej

Om Ja, ange namn, adress och telefonnummer

Vilken försäkringskassa tillhör du?

4. Uppgifter om dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

Finns försäkring i annat försäkringsbolag?

Om Ja, vilket försäkringsbolag och försäkringsnummer?

Ja

Nej

Har skadan anmälts dit?

Ja

Nej

5. Viktigt att bifoga till denna skadeanmälan

- Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan.
- Datautskrift från Försäkringskassan som visar all din sjukhistorik (beställ en 036-bild från Försäkringskassan).
- Kopia av samtliga beslut om tidsbegränsad sjukersättning (sjukbidrag), aktivitetsersättning eller sjukersättning (förtidspension) som du har fått från Försäkringskassan.
- Kopia av den föredragningspromemoria som ligger till grund för Försäkringskassans beslut.

6. Underskrift

Ort	Datum	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer
-----	-------	-------------	-------------------	--------------

7. Personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 9 2016/679).

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivaren koncernen, samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål.

Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU-och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringsbolaget har rätt att registrera anmälda skador med anledning av detta försäkringsavtal i ett skadeanmälningsregister som är gemensamt för försäkringsbranschen.
