

 Gruppmedlem Medförsäkrad

Uppgifter om gruppmedlemmen fylls alltid i

		20	10
Gruppmedlems namn (ifylls alltid)			Personnummer
Medförsäkrads namn (ifylls om anmälan avser medförsäkrad)			Personnummer
Utdelningsadress Post	nummer	Ort	Telefonnummer (även riktnummer)

Förtidskapital

Rätten till förtidskapital inträder om den försäkrade före fyllda 60 år drabbas av arbetsförmåga och på grund därav under försäkringstiden beviljas minst halv sjukersättning enligt lagen om allmän försäkring som betalas ut från en tidpunkt före fyllda 62 år. Sjukersättning som betalas ut från en tidpunkt efter fyllda 60 år medför rätt till förtidskapital endast om den försäkrade varit oavbrutet arbetsförmögen sedan före fyllda 60 år. (Obs. tidsbegränsad sjukersättning medför inte rätt till förtidskapital)

Rätten till förtidskapital inträder vid den tidpunkt från vilken minst halv sjukersättning betalas ut. I samband med att lagen om sjukbidrag och förtidspension ändras från och med 2003-01-01 kan det bli aktuellt att i vissa fall tillämpa särskilda övergångsregler vid bedömning av rätt till förtidskapital. För rätt till förtidskapital krävs dessutom att den försäkrade varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna innan grupplivförsäkring med förtidskapital började gälla eller att den försäkrade senare varit fullt arbetsför minst tre månader i följd. Var vänlig bifoga det första och därefter samtliga följande beslut om sjukersättning från försäkringskassan. Observera om du tidigare beviljats förtidskapital från annat försäkringsbolag är du skyldig att uppge detta i ansökan då detta kan påverka rätten att erhålla ytterligare förtidskapital.

Jag har varit **oavbrutet** sjukskriven till minst 50% före beslut om sjukersättning fr o m _____

Om ovanstående förutsättningar för utbetalning av förtidskapitalet är uppfyllda v g underteckna ansökan.

Härmed intygas att lämnade uppgifter är sanna. Samtidigt medger jag att läkare, eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, försäkringsinrättning, Riksförsäkringsverket eller andra myndigheter får lämna bolaget och dess befullmäktiga skaderegleringsombud de uppläsningsjournaler, intyg, registerhandlingar m.m. som bolaget och dess skaderegleringsombud anser sig behöva för att kunna handlägga aktuell ansökan om förtidskapital. Om jag är medförsäkrad sammanboende intyggar jag samtidigt att jag lever under äktenskapsliknande samboförhållande med gruppmedlemmen. Vidare medger jag att de uppgifter som bolaget och dess skaderegleringsombud erhåller om mitt hälsotillstånd, personuppgifter samt riskbedömning/skaderegleringsresultat får registreras i bolagets, skaderegleringsombudets och återförsäkringsbolagets dataregister.

Datum _____

Namnteckning _____

Till ansökan skall bifogas kopior av:

- Försäkringskassans beslut om sjukersättning om inte detta tidigare insänts till bolaget
- Ev. tidigare beslut om tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning
- Försäkringskassans promemoria inklusive läkarutlåtande om hälsotillstånd.

Insättes på Clearingnr: _____ Kontonr: _____

Ansökan skickas till Akademikerförsäkring, Box 30120, 104 25 Stockholm