

Skadeanmälan

Ansökan om ersättning från

Sjukförsäkring Premiebefrielseförsäkring

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan. Texta med svart eller blå kulspeppenna.

OBS! Glöm inte underskrift!

Gå in på www.skandia.se/personuppgifter och läs om hur vi behandlar dina personuppgifter

skandia:

Blanketten skickas till:

Skandia
Dokumenthantering, R802
106 37 Stockholm
Telefon: 0771-55 55 00

1. Försäkrads personuppgifter

Namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn	
Telefon mobil	Telefon bostaden (även riktnummer)		
Telefon arbetet (även riktnummer)	Mejladress		

2. Arbetsgivarens/Förbundets/Föreningens namn

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

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 0771-55 55 00. Om du ringer från utlandet är telefonnumret +46-711 456 258. Du kan även gå in på www.skandiabanken.se.

Jag vill att beloppet ska sättas in på konto

Bankkonto Personkonto Plusgiro Bankgiro

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

4. Ifylls alltid vid sjukförsäkring

Har du sjukförsäkring med månatlig ersättning i något annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket/vilka bolag?	
Försäkringsnummer	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Har du rätt till ersättning därifrån? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja, vilket/vilka belopp per månad?	Är ersättningen inkomstskattepliktig? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Hur är du anställd vid sjukskrivningens början? (yrkesverksamhet)		
<input type="checkbox"/> Statligt anställd <input type="checkbox"/> Kommunal- eller landstingsanställd <input type="checkbox"/> Privatanställd ¹⁾		
<input type="checkbox"/> Arbetslös fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD) - -		
Ange din månadslön före skatt vid insjuknandedagen	Är du ägare eller närstående till ägare? ²⁾ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ägare <input type="checkbox"/> Ja, närstående till ägare	
Är du ansluten till ITP/FTP/KTP, BTP eller AGS/AGS-KL? ³⁾ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ITP/FTP/KTP <input type="checkbox"/> Ja, BTP <input type="checkbox"/> Ja, AGS/AGS-KL		

1) Med privatanställd avses anställning i aktiebolag, handelsbolag, enskild firma och kommanditbolag.

2) Med ägare avses anställd i aktiebolag som ensam eller tillsammans med närstående äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget samt deras närstående. Med ägare avses samtliga ägare och deras närstående i handelsbolag, enskild firma och kommanditbolag. Med närstående avses make, registrerad partner, sambo, föräldrar eller barn till ägare enligt ovan. Med sambo avses den person som enligt sambolagen (2003:376) stadigvarande bor tillsammans med annan person i ett parförhållande och har gemensamt hushåll, under förutsättning att ingen av dem är gift eller registrerad partner.

3) Vi frågar om detta för att vi ska kunna beräkna hur stor ersättning du har rätt till från Skandia, eftersom ITP/FTP/KTP, BTP och AGS/AGS-KL påverkar när ersättningstiden kan börja. ITP är en kollektivavtalad tjänstepension för tjänstemän anställda i privata företag. FTP är en kollektivavtalad tjänstepension för tjänstemän anställda i försäkringsbranschen. KTP är en kollektivavtalad tjänstepension för tjänstemän anställda i kooperativa eller folkrörelseägda företag. BTP är en kollektivavtalad tjänstepension för tjänstemän anställda i bank. AGS är en kollektivavtalad gruppsjukförsäkring för arbetare anställda inom Svensk Näringslivs, LO:s och Kooperationens avtalsområden. AGS-KL är en kollektivavtalad gruppsjukförsäkring för anställda i kommuner, landsting, regioner och församlingar.



90102:14

90102:14

SID 1 (4)

Signatur

5. Sjukskrivningsorsak

Kopia av sjukskrivningsintyg ska alltid bifogas. Vid sjukersättning/ aktivitetsersättning ska kopia av Försäkringskassans beslut, föredragningsmissiv samt läkarutlåtande bifogas.

Sjukdomens eller skadans namn (diagnos)? När märktes de första symtomen? (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)

Nej Ja

Har du tidigare lidit av liknande sjukdom eller skada? Vilken sjukdom eller skada (diagnos)? När? (ÅÅ-MM-DD)

Nej Ja

Om du då var sjukskriven, ange sjukskrivningsperiod

Vilken läkare anlätades då? Ange vårdgivarens namn och adress

Från när kan du inte arbeta? Får du sjukpenning/sjukersättning från Försäkringskassan? Om "ja", fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)

Nej Ja

Ditt nuvarande hälsotillstånd – är du fullt arbetsför? Om ja, fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)

Nej Ja

Arbetsförmågan bedöms: Ange sjukskrivningsperioder:

<input type="checkbox"/> helt nedsatt	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"/> delvis nedsatt med 1/2	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/4	fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	t.o.m. (ÅÅ-MM-DD)

Har du under de senaste 12 månaderna haft nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada i mer än två veckor i följd före nuvarande period?
Vi frågar detta med hänsyn till eventuell karenstidsförkortning. Bifoga i så fall kopia av sjukskrivningsintyg.

Nej 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)

6. Ytterligare upplysningar

7. Underskrift av försäkrad

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Jag medger att Livförsäkringsbolaget Skandia ömsesidigt/Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) för bedömning av sitt ansvar, hos försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, valcentraler som exempelvis Collectum, Försäkringskassan, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare, inhämtar de uppgifter som Skandia anser nödvändiga. Medgivandet omfattar **inte** journalhandlingar, läkarintyg och liknande hälsoundersökningar.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Ört

Namnsteckning

2 0

Personnummer

Namnförtydligande

Skaderegistrering

Skandia använder sig av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Detta register innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning och används endast i samband med skadereglering. Det innebär att Skandia får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag. Ändamålet med GSR är att tillhandahålla ett underlag till försäkringsföretag för att identifiera och klara försäkringsfall. Därigenom kan företagen motverka utbe-

talning av ersättningar som baseras på oriktiga uppgifter liksom felaktig utbetalning från flera försäkringar för samma skada. Uppgifterna kan även användas i avidentifierad form för statistiska ändamål.

Personuppgiftsansvarig för GSR är Skadeanmälningsregister (GSR) AB, Box 24171, 104 51 Stockholm. Se www.gsr.se för mer information om den behandling av uppgifter som förekommer i registret.

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

Det är viktigt att alla frågor är fullständigt ifyllda för att vi ska kunna behandla ansökan.

Adress dit ansökan och sjukintyg ska skickas;

Skandia Dokumenthantering R802

106 37 Stockholm

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)	Anslutning full arbetsförhet	Anslutning med hälsodeklaration	Anslutning genom optionsrätt	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"/>	- -
	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -
Kommentarer					
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)		Gruppföreträdares underskrift		Namnförtydligande	
2 0 - -					
Telefon			Mejladress		

10. Anteckningar

Signatur
