

Ansökan om trygghetskapital /ersättning från diagnosförsäkring Gruppförsäkring

skandia:

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning.
Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm inte 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 skickas till:
Skandia
Dokumenthantering, R802
106 37 Stockholm
Telefon: 0771-55 55 00

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

1. Avtalsuppgifter

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

2. Försäkringstagare

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

3. Medförsäkrad ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad

Medförsäkrads namn		Personnummer	
Telefon (dagtid)		Mejladress	

4. Önskemål om utbetalningssätt

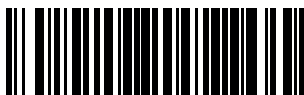
Jag vill att beloppet ska sättas in på konto		Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Personkonto	<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro
Bankens namn		Kontoinnehavare	

5. Uppgifter om åkomma/diagnos

Om din ansökan avser ersättning från diagnosförsäkringen ber vi dig skicka med din journal.

Åkommans namn (diagnos)			
När märktes de första symtomen?		Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
När fastställdes diagnosen?		Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
När anlätades läkare första gången?		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 /samma åkomma?		Vilken åkomma (diagnos)?	När? (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		

forts. på nästa sida



90272:7

90272:7

SID 1 (2)

Signatur

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		

6. Sjukskrivningsperioder

Sjukskrivningsperioder som åkomman föranlett (perioder och sjukskrivningsgrad)?
Följande handlingar ska alltid bifogas anmälan: kopia av sjukskrivningsintyg, Försäkringskassans beslut om aktivitetsersättning/sjukersättning, föredragningsmissiv 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)
- -		
Jag har beslut om sjukersättning sedan (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Ersättningsgrad?	
- -		

7. Eventuellt övriga upplysningar

8. Underskrift av försäkrad

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Jag samtycker till att Livförsäkringsbolaget Skandia ömsesidigt/Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) för bedömning av sitt ansvar, hos försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare, inhämtar de upplysningar som Skandia anser nödvändiga.

Samtycket omfattar **inte** journalhandlingar, läkarintyg och liknande häsohandlingar.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Namnteckning	Namnförtydligande
2 0 - -		

9. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående uppgifter lämnas av gruppföreträdaren (inte av den försäkrade).

<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"/>	
Försäkringsbelopp	Anslutningsdatum	Anslutning genom konvertering	Med hälsodeklaration	Premie betald t.o.m.
		<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)	Anslutningsdatum	Anslutning på full arbetsföret	Med hälsodeklaration	Premie betald t.o.m.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Omställningskapital	Anslutningsdatum	Anslutning på full arbetsföret	Med hälsodeklaration	Premie betald t.o.m.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommentar				
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Gruppföreträdarens underskrift		Namnförtydligande	
2 0 - -				
Telefon (även riktnummer)	Mejladress			