

# Anmälan om sjukdom

## Sjuk och olycksfallsförsäkring för vuxna

### Grupp-försäkring

skandia:

**Blanketten skickas till:**  
Skandia  
Dokumenthantering, R802  
106 37 Stockholm  
Telefon: 0771-55 55 00

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 papperet.

Gå in på [www.skandia.se/personuppgifter](http://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)	Civilstånd <input type="checkbox"/> Ensamstående	Gift/sambo/ registrerad partner <input type="checkbox"/>	Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn	
Telefon arbetet (även riktnummer)	Telefon bostaden (även riktnummer)	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 <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro	Clearingnummer	Kontonummer
Bankens namn	Kontoinnehavare	

#### 5. Uppgifter om sjukdom

Sjukdomens namn			
När märktes de första symtomen? (ÅÅ-MM-DD)			
När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom? (ÅÅ-MM-DD)			
Läkarens namn och adress			
Har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket sjukhus?	Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När?		
Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

fortsättning nästa sida



90954:4

90954:4

SID 1 (2)

Signatur

*Forts. Uppgifter om sjukdom*

Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn och ort)	
Vilken läkare behandlar dig nu? Läkarens namn och adress	
Hur är ditt nuvarande hälsotillstånd?	Datum (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Ej återställd <input type="checkbox"/> Återställd sedan	-     -

**6. Övriga uppgifter**


**7. 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 uppgifter som Skandia anser nödvändiga.  
 Samtycket omfattar **inte** uppgifter om mitt hälsotillstånd.

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

**8. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal**

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av gruppföreträdaren (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.			
Anställningsdatum (ÅÅ-MM-DD)	Anslutningsdatum (ÅÅ-MM-DD)	Var premien betald vid skadetillfället?	Ansluten till sjukförsäkring?
-     -	-     -	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad		<input type="checkbox"/> Ej ansluten till sjuk och olycksfallsförsäkring	
<input type="checkbox"/> Sjuk och olycksfallsförsäkring för vuxna		Invaliditetskapital	
Datum (ÅÅ-MM-DD)	Gruppföreträdarens namnteckning	Namnförtydligande	
-     -			
Telefon (även riktnr)		Mejladress	

Signatur