Swedbank

Anmälan om FÖRTIDSKAPITAL

Swedbank Försäkring
FE 902, 107 77 Stockholm

Personnummer (12 siffror)

								–				

Försäkring nr:	8612-4										

Försäkrad	Efternamn och förnamn	Telefon dagtid (även riktnr)
	Utdelningsadress, postnummer och ort	

Utbetalning*	Namn	
	Bankens namn	Kontonummer/Plusgirokonto nr

*Ni kan välja mellan att få beloppet insatt på angivet konto eller utbetalt via Swedbanks utbetalningssystem som inlöses av Swedbank/Sparbanken.

Uppgifter om arbets-oförmåga. Samtliga uppgifter måste fyllas i		Datum
	Aktivitetsersättning/sjukersättning har beviljats fr o m	
	Vilken är anledningen till arbetsoförmågan? Ange sjukdomens eller skadans art samt läkarens namn och adress.	
	När debuterade sjukdomen/När inträffade skadan?	
	Har förtidskapital tidigare utbetalats? ☐ Ja ☐ Nej	Om Ja, ange från vilken försäkring

Viktigt Kopia av samtliga Försäkringskassans beslutsmeddelanden om aktivitetsersättning/sjukersättning ***måste*** bifogas denna anmälan.

OBS! Tidsbegränsad sjukersättning och sjukpenning omfattas inte av försäkringen.

Skaderegistrering
För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig bolaget också av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Registret innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning och används endast i samband med skadereglering. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag. Personuppgiftsansvarig för GSR är GSR AB, Box 24171, 104 51 Stockholm.

Information till den försäkrade
För att bedöma din rätt till ersättning eller försäkringens giltighet kan försäkringsgivaren komma att behöva inhämta ytterligare upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som försäkringsgivaren anser sig behöva. För det fall ytterligare uppgifter behövs för vår bedömning kommer ditt samtycke att inhämtas. För det fall samtycke inte lämnas kan det komma att innebära att försäkringens giltighet påverkas eller att utbetalning inte kan verkställas.

Jag bekräftar att alla uppgifter i denna skadeanmälan är fullständiga och sanna

Jag medger att Swedbank Försäkring och dess återförsäkringsbolag oavsett bedömningsresultat får registrera och arkivera dessa uppgifter.

Datum	Den försäkrades underskrift

Swedbank Försäkrings noteringar

Avtalet gäller med f-kap fr o m, datum	Inträdesdatum
Förtidskapitalet beviljas ☐ Ja ☐ Nej	
Övrigt	