

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller in anmälan. Texta med svart eller blå kulspeppenna. OBS! Glöm ej underskrift.

Blanketten skickas in i original till  
Swedbank Försäkring  
FE 902, 107 77 Stockholm

Personnummer (12 siffror)

Försäkring nr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ombud nr	Handläggare
P-id	Telefon (även riktnr)

- Sjukförsäkring i tjänstepensionsplan
- Trygga sjukförsäkring kort
- Premiebefrielse i tjänstepensionsplan
- Trygga sjukförsäkring lång
- Trygga sjukkapitalförsäkring

<b>Försäkrad</b>	Förnamn och efternamn		Telefon bostad (även riktnr)
	Utdelningsadress		Mobiltelefon
	Postnummer och ort	E-postadress	
<b>Arbetsgivare</b>	Företagets namn		Organisationsnummer
	Utdelningsadress, postnummer och ort	Telefon (även riktnr)	Telefax(även riktnr)

<b>Flytt från annat bolag vid tecknandet</b>	Flyttas premiebetalningen från annat bolag med gällande premiebefrielseförsäkring/sjukförsäkring?		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Vid "Ja", ska detta styrkas med skriftlig handling från det andra bolaget. Handlingen ska innehålla uppgifter om vilken typ av försäkring samt när försäkringsförmånerna tecknades.

<b>Årsinkomst</b>	Ange din månadsinkomst av arbete/tjänst (sjukpenninggrundande inkomst) vid insjuknandedagen (den som anmäls till Försäkringskassan) i kronor	
kr		kr
Hur är du anställd vid sjukskrivningens början? (yrkesverksamhet)		
<input type="checkbox"/> Statlig tjänst	<input type="checkbox"/> Kommunal eller landstingstjänst	<input type="checkbox"/> Privat tjänst, ej företagare*
<input type="checkbox"/> Enskild firma	<input type="checkbox"/> Delägare i handelsbolag/kommanditbolag	<input type="checkbox"/> Jord- eller skogsbrukare
		Anställningsform
		<input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tillfälligt anställd <input type="checkbox"/> Arbetslös

<b>Besvaras av företagare*</b>	Hur länge har verksamheten bedrivits?
--------------------------------	---------------------------------------

\*Som företagare räknas följande; i företag som ej är juridisk person, samtliga ägare, i handelsbolag samtliga ägare och i kommanditbolag delägare och komplementär. I aktiebolag den som ensam eller tillsammans med make, sambo, förälder eller barn äger minst en tredjedel av aktierna i bolaget samt i företaget verksam make, sambo, förälder eller barn till företagare.

**Besvaras alltid**

<b>Vilken sjukdom/skada har du</b>	
<b>När märkte du första gången av sjukdomen/skadan?</b>	
<b>Har sjukdomen/skadan uppkommit genom ett olycksfall?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <small>Om Ja, specificera</small>
<b>Har du tidigare haft liknande sjukdom/skada?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <small>Om "Ja", när och vilken läkare/vårdinrättning har du anlitat?</small>

<b>Första sjukskrivningsdag pga sjukdomen/skadan fr o m</b>	Datum (År, mån, dag) Datum måste fyllas i	<b>OBS! Bifoga alltid kopior av läkarintyg samt kopia av "Beslut om ersättning" från Försäkringskassan</b>
Vilken läkare, sjukhus, klinik eller vårdinrättning har du anlitat?	År, månad, dag	Utdelningsadress, postnummer och ort

**Swedbank Försäkrings noteringar**

Ersättning tillstyrks (datum och sign)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**OBS! Anmälan ska undertecknas på sidan 2**



Namn	Personnummer
------	--------------

### Utbetalning

<b>OBS! Gäller endast sjukförsäkring och sjukkapitalförsäkring</b>	Bankens namn	Clearing- och kontonummer
--	--------------	---------------------------

Uppbär du sjukpenning/sjukersättning från Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Om "Ja", bifoga kopia av beslutsmeddelande</b>
Har du återupptagit ditt arbete?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis	Fr o m _____ Yrke _____

Är du ITP- eller AGS-försärad?*	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ITP <input type="checkbox"/> Ja, AGS	Är skadan anmäld till Collectum eller AFA?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Om "Ja", bifoga kopia av beslutsmeddelande</b>
---------------------------------	--	--	--	---

\*\* ITP = tilläggspension för tjänstemän, AGS = avtalsgruppsjukförsäkring för arbetare/tjänstemän

### Besvaras alltid

Har du någon annan sjukförsäkring?	Bolag	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Är skadan anmäld dit?	Är du berättigad till ersättning därifrån?	Om Ja, vilken ersättning och från vilket bolag?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Har Trygga sjukförsäkring kort tecknats i samband med tecknande av lån?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

### Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som lämnas till bolag i Swedbank-koncernen eller till sparbanker kommer att behandlas i datasystem i den utsträckning som behövs för att tillhandahålla tjänster och administrera kundengagemang i koncernen och i sparbanker. Hälsouppgifter utgör i förekommande fall underlag för riskbedömning av livförsäkringsärenden. Även personuppgifter som inhämtas från annan än den kund som behandlingen avser kan komma att behandlas. Det kan också förekomma att personuppgifter behandlas i datasystem hos företag och organisationer som samarbetar med bolag i Swedbank-koncernen eller sparbank.

Personuppgifter kan komma att behandlas för marknadsföringsändamål hos bolag i Swedbank-koncernen, hos sparbanker och hos dessa bolags samarbetspartners. Information om behandling av personuppgifter lämnas av Swedbanks eller sparbankens kontor vilket också tar emot begäran om rättelse av personuppgift.

### 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.

### 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.

**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 samt samtycker till att skadan registreras och arkiveras i försäkringsbranschens gemensamma skadeanmälningsregister.

Uppgifterna hanteras under sekretess.

### Underskrift

Om den försäkrade är så svårt sjuk, att han/hon inte är i stånd att själv besvara frågorna, får detta göras av någon nära anhörig på den försäkrades vägnar, varvid undertecknaren ska ange sin ställning till den försäkrade. Ex: Oskar Holm gm Maria Holm (hustru)

Datum	Namnsteckning
Namnförtydligande	