

**Ansökan om ersättning från Trygga  
Privat försäkring**

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 ej underskrift.  
Denna blankett kan även användas för privatägda kapital- och pensionsförsäkringar.

Försäkring nr:

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

Personnummer (12 siffror)

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

- Sjukförsäkring  
 Sjukkapitalförsäkring  
 Kritisk sjukdom

**Viktigt att du fyller i samtliga fält för att vi ska kunna handlägga ditt ärende**

<b>Försäkrad</b>	Förnamn och efternamn		Telefon bostad (även riktnr)
	Utdelningsadress		Mobiltelefon
	Postnummer och ort	E-postadress	

Årsinkomst	kr	Yrke		
Hur är du anställd vid sjukskrivningens början? (yrkesverksamhet)				
<input type="checkbox"/> Statlig tjänst	<input type="checkbox"/> Kommunal eller landstingstjänst	<input type="checkbox"/> Privatanställd tjänsteman	<input type="checkbox"/> Privatanställd arbetare	<input type="checkbox"/> Utan kollektivavtal

**Besvaras alltid**

Vilken sjukdom/diagnos eller skada har du?	
När märkte du första gången av sjukdomen/diagnosen eller skadan?	
Har du tidigare haft liknande sjukdom/diagnos eller skada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om "Ja", när och vilken läkare/vårdinrättning har du anlitat?
Har sjukdomen/diagnosen eller skadan uppkommit genom ett olycksfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om Ja, specificera
Har sjukdomen/diagnosen eller skadan uppkommit genom en trafikskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är trafikskadan anmäld till ditt försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om "Ja", bifoga kopia av beslutsmeddelande
Har sjukdomen/diagnosen eller skadan uppkommit genom en arbetsskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är skadan anmäld som arbetsskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om "Ja", bifoga kopia av beslutsmeddelande
Har du någon annan sjukförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om Ja, vänligen ange i vilket försäkringsbolag samt Försäkringsnummer
Är skadan anmäld till ditt andra försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du berättigad till ersättning från ditt andra försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om Ja, vilken ersättning och från vilket försäkringsbolag
Kommer du att få utbetalning från annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om Ja, vänligen ange i vilket försäkringsbolag
Uppbär du sjukpenning/sjukersättning från Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du återupptagit ditt arbete?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis   Fr o m
Är skadan anmäld till Collectum eller AFA?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om "Ja", bifoga kopia av beslutsmeddelande
Kommer du att anmäla skadan till Collectum eller AFA?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**OBS! Anmälan ska undertecknas på sidan 3**

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

<b>Första sjukskrivningsdag pga sjukdomen/diagnosen eller skadan fr o m</b>		<b>OBS! Bifoga alltid kopior av samtliga läkarintyg</b>
Datum (År, mån, dag)		
Vilken läkare, sjukhus, klinik eller vårdinrättning har du anlitat för din aktuella skada?	År, månad, dag	Utdelningsadress, postnummer och ort

### Besvaras alltid

Vilken vårdcentral/hälsocentral är du listad hos?

#### 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.



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

### 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 om utbetalningen

Vi kommer att överföra pengarna till ditt bankkonto i valfri bank via Swedbank. Om du inte redan har anmält konto till Swedbanks kontoregister, ber vi dig göra det snarast möjligt.

Du kan anmäla konto eller ändra tidigare anslutet konto på olika sätt:

- Besök närmaste Swedbank eller Sparbank
- Gå in på [www.swedbank.se/kontoregister](http://www.swedbank.se/kontoregister) med hjälp av e-legitimation
- Ring Kundcenter om du är kund i Swedbank eller Sparbanken.

**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	Namnteckning
Namnförtydligande	

### Checklista

Innan du skickar in din skadeanmälan kontrollera att du har fått med följande handlingar:

- Fullständigt ifylld skadeanmälan samt daterad underskrift
- Samtliga läkarintyg, alla sidor av intyget ska alltid skickas med
- I förekommande fall bifoga kopia på beslutsmeddelande från annat försäkringsbolag