



Skadeanmälan för gruppsjukförsäkring

Skickas till: Förenade Liv, H49, 106 60 Stockholm

Arbetsgivarens/föreningens namn	Gruppavtal nummer
---------------------------------	-------------------

Försäkringstagare

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Utbetalning önskas till bankkonto/personkonto:		
Bank:	Clearingnr:	Kontonr:

Uppgifter om arbetsförmågan

Arbetsförmågan beror på sjukdom olycksfall

Sjukdomens namn		När märktes de första symtomen?
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?	Om "Ja", ange när fr o m t o m	Sjukdomens namn
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken läkare anlätades då?	Läkarens fullständiga adress

Vilken läkare behandlar dig nu?	Läkarens namn och fullständiga adress		
Har du vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket?	<input type="checkbox"/> Nej
	Vilka tider?	fr o m	t o m
Ange sjukskrivningens omfattning i procent fr o m din första sjukdag.	fr o m	t o m	omfattning %
Läkarintyg / intyg för rehabiliteringsersättning måste bifogas.	fr o m	t o m	omfattning %
	fr o m	t o m	omfattning %
	fr o m	t o m	omfattning %
	fr o m	t o m	omfattning %
Har du förtidspension, sjukbidrag, aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller arbetsskadelivränta?	<input type="checkbox"/> Ja, sedan den		<input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", i vilken omfattning? Bifoga alla beslut från Försäkringskassan.	<input type="checkbox"/> en fjärdedels	<input type="checkbox"/> halv/halvt	<input type="checkbox"/> tre fjärdedels <input type="checkbox"/> hel/helt
Har du någon vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej
Är du i dag fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja, sedan den		<input type="checkbox"/> Nej
Var du arbetsförmögen mer än 14 dagar i följd någon gång under de 12 månaderna närmast före den sjukskrivning som du har anmält här?	<input type="checkbox"/> Ja	fr o m	t o m
		fr o m	t o m
	Försäkringskassans 036-bild måste bifogas.		
Har du någon annan sjukförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer <input type="checkbox"/> Nej

Var god fortsätt på nästa sida!

Ange din månadslön (den som anmälts till Försäkringskassan) då du insjuknade. Om du har en sjukförsäkring vars ersättning inte är bestämd i kronor utan i procent ("Sjukförsäkring 90%"), måste du bifoga en kopia av Försäkringskassans "Försäkringsbeslut" där registrerad årsinkomst vid insjuknandet framgår.	Månadslön kr
Ange vilken försäkringskassa du tillhör	Lokalkontor

Behandling av personuppgifter

Förenade Livs verksamhet är grupp-försäkring och står under tillsyn av Finansinspektionen. Personuppgifterna används för förvaltning av gruppavtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – såsom premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Förenade Livs etiska regler.

Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration och information.

Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta Kundtjänst. Vill du beställa utdrag ur Förenade Livs register skriv till: Registerutdrag, Förenade Liv, 106 60 Stockholm.

Underskrift

• **Jag försäkrar** att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

• **Jag medger** att Förenade Liv får hämta in uppgifter från arbetsgivare och Försäkringskassan samt att läkare och sjukhus, annan vårdanstalt eller annan försäkringsinrättning får lämna Förenade Liv och Förenade Livs medicinska rådgivare de upplysningar om mitt hälsotillstånd som behövs för att bedöma min ansökan eller som behövs i framtiden för att bedöma försäkringens giltighet. Eventuell inhämtad information kan komma att arkiveras hos Förenade Liv.

Datum	Namnteckning	Telefon dagtid (även riktnr)
-------	--------------	------------------------------

- Kom ihåg att bifoga läkarintyg/Försäkringskassans 036-bild för de sjukperioder som du anmäler.
- Om du har blivit beviljad sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller arbetsskadelivränta, bifoga Försäkringskassans beslut.
- Om du har "Sjukförsäkring 90%" måste du bifoga kopia av Försäkringskassans "Försäkringsbeslut", där registrerad årsinkomst vid insjuknandet framgår.

Uppgifter från företrädare för självadministrerade grupper

Sjukförsäkring, på dagen för insjuknandet

Ansluten år mån	<i>Fylls i om ersättningen är bestämd i kronor.</i> Belopp: kr Karenstid: <input type="checkbox"/> Beloppet ska ändras efter ett bestämt antal månader: Nytt belopp: kr efter månader <input type="checkbox"/> Ersättningen upphör vid sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning. <input type="checkbox"/> Beloppet ändras vid sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning. Nytt belopp då: kr.	<i>Fylls i om den försäkrade har en "Sjukförsäkring 90%".</i> Om det finns flera löneintervall i försäkringen, vilket intervall har den försäkrade betalat för? Löneintervall: – kr Ger försäkringen ersättning även när den försäkrade uppstår sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-------------------------------	--	---

Tidigare utformning

I kraft år mån	Ersättningsbelopp	Karenstid	Ansluten år mån
------------------------------	-------------------	-----------	-------------------------------

Ange sjukpremie kr	Premien betald till den	Avregistrerad år mån
-----------------------	-------------------------	------------------------------------

Datum	Grupp-företrädarens underskrift	Namn-förtydligande
-------	---------------------------------	--------------------