

Skadeanmälan för Intäktsförsäkring Sjukdom och olycksfall

Ifylld originalblankett sänds med post till:

Skattebetalarnas försäkringservice
Box 38044
100 64 STOCKHOLM

Uppgifter om den anställde

| | |
|--------------------|----------------|
| För- och efternamn | Personnr |
| Utdelningsadress | Epostadress |
| Postnr och ort | Telefon dagtid |

Arbetsgivaren

| | |
|------------------|-----------------------------|
| Företagets namn | Kontaktperson |
| Utdelningsadress | Telefonnr |
| Postnr och ort | Försäkringsnummer |
| Bank | Kontonummer inkl clearingnr |

Sjukdom/Olycksfall

| | |
|--|--|
| Vilket datum inträffade sjukdomen/olycksfallet? | Fr o m vilket datum är du helt sjukskriven? |
| När och var anlätades läkare för första gången? | Läkarens namn och kontaktuppgifter? |
| Är du fortfarande sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja, till och med: | <input type="checkbox"/> Nej, friskskriven fr o m: |
| Arbetskada <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Anmäld till försäkringskassan i (ange ort) |
| Sjukdomens art/diagnos? Alt. Hur gick olyckan till? | |

Upplysningar

| | |
|---|--|
| Har du en heltidsanställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, _____ timmar/vecka | Är du tillsvidareanställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, anställningsform: _____ |
| Erhöll du någon form av sjukpenning eller sjukersättning innan sjukdomen/olycksfallet inträffade? <input type="checkbox"/> Ja, orsak: _____ <input type="checkbox"/> Nej | Har du uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Arbetsgivarens namn och telefonnummer till kontaktperson hos arbetsgivaren: | Ursprungligt anställningsdatum? |

Underskrift

| | |
|---|--------------------------|
| Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. | |
| Ort och datum | Underskrift arbetsgivare |
| Ort och datum | Underskrift anställd |

Fullmakt

Fullmakt för Protector Försäkring Sverige och försäkringsförmedlaren Försäkringsutveckling Sverige AB (som är personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen) att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, försäkringskassa, Skatteverket eller andra inhämta de upplysningar/handlingar som Försäkringsutveckling kan finna erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg samt registerhandlingar avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Fullmakten avser även handlingar i tiden före aktuell olycka.

Jag medger att ovannämnda upplysningar/handlingar får utlämnas till Protector Försäkring Sverige och Försäkringsutveckling Sverige AB samt att mitt personnummer får användas för en säker identifiering.

Fullmakten gäller från denna dag och fram till dess att skaderegleringen avslutats.
Fullmakten kan återkallas genom skriftligt meddelande till de befullmäktigade.

| | |
|---------------|----------------------|
| Ort och datum | Underskrift anställd |
| | |

Observera:

För att **underlätta** skaderegleringsprocessen vill vi att du bifogar följande till denna skadeanmälan:

- Läkarintyg som anger skälet till arbetsförmågan och dess omfattning, sjukskrivningsperioden skall framgå
- Specifikationen "meddelande om utbetalning" från Försäkringskassan gällande utbetald sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension
- Övriga handlingar som kan vara av betydelse för bedömning av ärendet

Har du tidigare sökt vård för denna sjukdom/detta besvär (både inom privat och offentlig vård)?
(Om ja, ange datum och kontaktuppgifter på de tre senaste vårdgivarna ni varit i kontakt med.)

| Datum | Vårdgivare | Läkarens namn | Kontaktuppgifter |
|-------|------------|---------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |