

SKADEANMÄLAN

EKONOMISK TRYGGHETSFÖRSÄKRING

HEL ARBETSOFORMÅGA, VÅRD AV NÄRA ANHÖRIG, SJUKHUSVISTELSE



GRUNDUPPGIFTER

För- och efternamn:	<input type="text"/>	Personnummer:	<input type="text"/>
Utdelningsadress:	<input type="text"/>	Kundnummer:	<input type="text"/>
Postnr och ort:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
E-postadress:	<input type="text"/>		

BANKUPPGIFTER

Clearingnummer:	<input type="text"/>	Kontonummer:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	--------------	----------------------

SJUKDOM / OLYCKSFALL / VÅRD AV NÄRA ANHÖRIG

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	<input type="text"/>	Fr o m vilket datum blev du / nära anhörig 100 % sjukskriven?	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------

Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen/olyckan?

Läkarens namn och kontaktuppgifter:

Är du/ nära anhörig fortfarande sjukskriven?

Ja, till och med:	<input type="text"/>	Nej, friskskriven från och med:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------

Anmäld till försäkringskassan i (ange ortsnamn)

Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande?

Vid sjukskrivning till följd av olycka, vänligen beskriv var olyckan inträffade och vad det var som hände

När beräknar du att kunna återgå i arbete?

(År/Mån/Dag)	<input type="text"/>	I vilken omfattning?	<input type="text"/>
--------------	----------------------	----------------------	----------------------

UPPGIFTER OM VÅRD PÅ SJUKHUS

Har du vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilket?	<input type="text"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------	----------------------

Under vilka perioder (from – tom)

UPPLYSNINGAR

Uppbar du/nära anhörig innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? Ja Nej

Vid Ja, orsak

Har du/nära anhörig uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/ olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? Ja Nej

BILAGOR - Följande ska bifogas med skadeanmälan:

- Sjukskrivningsintyg
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier
- Läkarintyg
- Intyg om sjukhusvistelse

UNDERSKRIFT

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

De personuppgifter, inklusive så kallade känsliga personuppgifter, som framgår av denna skadeanmälan och eventuella bilagor kommer att behandlas av mySafety Försäkringar AB i syfte att kunna bedöma och reglera den anmälda skadan. All behandling av personuppgifter sker i enlighet med EU:s dataskyddsförordning GDPR. För mer information om hur mySafety behandlar personuppgifter och vilka rättigheter du har som registrerad, läs mer på www.mysafety.se/gdpr eller kontakta vårt Dataskyddsombud på dataskyddsombud@mysafety.se.